FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1914 — THÈSE — N°_

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Ernest MAGALLON-GRAINEAU
Ex-interne de l'Hôtel-Dieu d'Orléans

Quelques détails dans la technique opératoire

DES

FIBROMES NASO-PHARYNGIENS

Président : M. RECLUS, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)
—
1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBÉ (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CAMARADES
DE QUATRE ANS D'INTERNAT

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

Professeur de Clinique médicale
à laFaculté de Médecine
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu accepter
la présidence de notre thèse.

AVANT-PROPOS

Rééditant ainsi le geste classique du voyageur qui, au faîte de la colline ardue, se retourne pour contempler le chemin parcouru, et aussi pour se décerner une intime félicitation (ce sont les plus sûres), il est non moins classique pour l'étudiant qui va dire adieu à cette vie intense, joyeuse, féconde, de consacrer la première page de la thèse au souvenir de ses années d'étude.

La tradition veut aussi que cette page soit consacrée à exprimer des remerciements aux maîtres qui lui ont prodigué leur expérience.

Nous sommes trop heureux de le pouvoir faire ; nous offrirons donc ici l'expression de notre vive gratitude à tous nos maîtres, et en particulier :

A M. le Dr Lapeyre, chirurgien de l'Hôpital général de Tours, qui nous accueillit le premier dans son service et sut développer encore chez nous, le goût des études médicales.

A M. le Dr Meunier, médecin de l'Hôpital général de Tours, qui nous inculqua les premières notions de l'auscultation et nous initia ensuite à ses délicatesses.

Nos maîtres de Paris, MM. les professeurs agrégés Walter, Renon et De Lapersonne, nous permirent de parfaire notre éducation médicale dans leur service. Qu'ils veuillent bien accepter nos remerciements sincères.

Entre temps une très grave maladie qui mit nos jours en danger, nous coucha pour trois mois, à la Pitié. Qu'il nous soit permis ici d'affirmer notre sincère reconnaissance pour M. le professeur Enriquez qui nous prodigua ses soins éclairés, et à qui nous sommes redevable de la vie.

Ensuite, c'est Orléans, c'est l'Hotel-Dieu qui, pour quatre ans, sera notre demeure. Toute notre vie laborieuse s'y déroule, partagée entre le malade et la bibliothèque.

Durant ces longues années, nos fonctions d'interne nous ont fixé tour à tour dans presque tous les services. C'est donc à tous les chefs de service que nous apportons nos remerciements, et plus spécialement à MM. les Drs Deshayes, Coville, Jaulin, Marre, Carlier, Dufour, Courgeon, Cœur et Marmasse.

Toutefois, nous intéressant particulièrement aux pratiques délicates de l'oto-rhino laryngologie, c'est auprès de MM. les Drs Vacher et Denis, qui successivement remplirent et remplissent encore les fonctions de médecins spécialistes à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, que nous eûmes l'occasion de nous familiariser avec l'objet de nos préférences.

Ils eurent de plus l'amabilité de nous ouvrir leur

clinique et c'est à cette clinique que nous eûmes l'occasion de noter les deux observations qui sont à la base de cette thèse, pour laquelle M. Denis nous a fourni, en outre de presque tous les documents, ses conseils expérimentés.

Pour ces multiples raisons, nous ne saurions trop les remercier et leur réitérons l'assurance de notre plus vive gratitude.

Quelques Précisions dans la Technique opératoire DES FIBROMES NASO-PHARYNGIENS

INTRODUCTION

Vers 1830, un Ecossais, Syme, mettant à profit l'opinion émise vingt ans plus tôt par son compatriote, Wately pratiqua le premier une *résection du maxillaire supérieur* pour aborder et enlever un polype fibreux du naso-pharynx. Jusqu'à cette époque, cette opération, d'ailleurs peu courante, avait été réservée au traitement des tumeurs malignes du cavum.

Entre-temps Gensoul de Lyon posait les règles de *la résection totale du maxillaire*, et un certain nombre de chirurgiens parmi lesquels, Maisonneuve, Huguier, Verneuil en faisaient l'application. Les résultats d'ailleurs n'en étaient pas merveilleux : la difformité consécutive était trop considérable.

Pour obvier à cet inconvénient Huguier en vint à la *résection partielle ;* puis en 1860 il tenta *la résection partielle et temporaire*, c'est-à dire que l'os, recouvert

de ses parties molles était seulement luxé, après section de ses principaux points d'attache, et la tumeur enlevée, il était replacé dans sa position primitive.

Laugenbeck, puis Boeckel de Strasbourg modifiaient plus ou moins le procéde de Hugnier.

Enfin Ollier en 1863, présenta sa méthode de *résection sous-périostée*.

D'autres chirurgiens entres autres Sédillot en 1865 essayèrent des *résections totales et temporaires*.

Toutefois, c'est seulement vers 1860 que l'on commença réellement à utiliser ces méthodes, au traitement du fibrome naso-pharyngien. Encore fallut-il remonter un violent courant d'opinion.

Legouest, en 1865, stigmatisait les partisans de ces méthodes violentes et Gosselin n'admettait que difficilement cette pratique, et seulement après échec des moyens utilisant les voies naturelles.

D'autre part, se basant sur un autre principe, qui consiste à diminuer dans le sens antéro-postérieur, la distance qui sépare l'orifice externe des fosses nasales, du naso-pharynx, ou encore à agrandir cet orifice, en largeur, en réséquant une partie du bord antérieur de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, on avait essayé un grand nombre de procédés que l'on peut ramener aux principaux types suivants :

1° *Rhinotomie médiane* (Verneuil 1860).

2° *Resection temporaire des os propres*) Chassaigne, Laugenbeck).

3° *Ostéotomie verticale unilatérale, avec luxation de l'os propre du côté opposé* (Bœckel, Bruns, Linhart, 1863).

4° *Ostéotomie verticale bilatérale* (Ollier 1864).

Or, la lecture des ouvrages classiques nous avait mis en garde contre les dangers multiples qui menacent le chirurgien, ou le rhinologiste, au cours des interventions sanglantes (dites *composées*, par opposition à celles pratiquées par les voies naturelles) qu'ils peuvent avoir à effectuer dans le traitement du polype fibreux du naso-pharynx.

En dehors de ces dangers immédiats ou tardifs, dont les moindres ne sont pas l'hémorragie souvent formidable, et la récidive ; nombreuses étaient les objections faites à ces méthodes composées. Il faut avouer, en effet, que ces opérations, avec leur imparfaite mise au point, laissaient place à de sérieux inconvénients.

C'est ainsi, par exemple, que dans les résections totales du maxillaire, on avait des déformations, des paralysies, de l'épiphora, des troubles de la déglutition, et de la phonation, avec l'ennui des appareils de prothèse.

D'autre part, les résections partielles donnaient trop peu de jour ; les résections temporaires finissaient souvent par la nécrose du lambeau, donnant lieu à des fistules, et à la nécessité d'une résection définitive qui finissait par s'imposer.

Enfin les déformations post-opératoires étaient excessives, les cicatrices disgracieuses.

On leur reprochait en outre, à ces méthodes, la complication qu'elles apportent à une opération déjà grave par elle-même ; on leur reprochait aussi leur inutilité.

Et cet état de chose durait encore jusqu'au début du siècle actuel.

C'est ainsi qu'en 1901, Escat, dans son *Traité médico-chirurgical des Maladies du Pharinx* pouvait écrire, « Le polype naso-pharyngien ne se laisse guère intimider par les traits de scie ou les coups de gouge, donnés par la main la plus chirurgicale sur le maxillaire, les os propres du nez ou la voûte palatine ; il récidive en effet, aussi bien après ces interventions solennelles, qu'après les plus modestes extractions, par voie naturelle, témoin le malade d'Ollier qui dut subir quatre fois la résection temporaire du nez. »

De même Lermoyez, en 1896, dans son ouvrage didactique (*Thérapeutique des Maladies des fosses nasales, des Sinus, de la Face et du Pharinx nasal* exprime ainsi son opinion.

Le principe de la méthode consiste « pour atteindre le polype, à se frayer pour le découvrir un chemin large à travers la face, au prix de mutilations dangereuses, et de déformations irrémédiables ».

D'ailleurs ils étaient le petit nombre, à cette date les partisans des méthodes composées. Et l'on partage un peu leur angoisse, à une époque où l'on était amené parfois, par des résections permanentes à laisser béante une plaie hideuse, immense, qui défigurait le patient, l'exposait à toutes les infec-

tions, et si je puis ainsi m'exprimer, le retirait de la vie publique, de la circulation pour des laps de temps souvent fort longs. Et cependant ces résections permanentes constituaient alors la méthode la plus logique, même la seule rationnelle.

Alors triomphaient les méthodes de temporisation, les méthodes prudentes peut-être,mais fort longues, toujours et trop souvent insuffisantes.

Il fallait à tout prix atteindre cette vingt-troisième année, âge fatidique qui marquait le début de la régression de la tumeur.

Et alors on recourait par la voie buccale à la cautérisation de ce que l'on croyait le pédicule du polype. Tout d'abord, on eut recours aux caustiques chimiques, puis au thermocautère ; mais les premiers étaient délicats à manier, et le second présentait le grave inconvénient de rayonner une quantité énorme de chaleur ; aussi l'usage en était très difficile.

Le galvano-cautère qui ne fuse pas,qui ne rayonne pas,plus facile à manier, et surtout plus précis dans son action,marqua dans cette voie un progrès notable ; il eut un instant la vogue

Enfin,l'électrolyse d'abord monopolaire,puis bipolaire fut préconisée par Lermoyez. Ce dernier mode surtout lui aurait donné des résultats fort appréciables. Et pourtant, il faut avouer que les avantages étaient minines. En effet ,même avec des intensités de 80 milliampères, déjà très difficilement tolérées par le patient, il fallait de 30 à 40 séances, séparées

par des intervalles de trois à quatre semaines, nécessaires à l'élimination de l'escharre électrolytique.

Devant ces résultats peu encourageants, rhinologistes et chirurgiens généraux, adversaires des méthodes composées, invoquèrent alors des méthodes sanglantes par les voies naturelles. Pour ces pratiques, l'on dut créer toute une instrumentation spéciale, du reste très ingénieuse.

Nous aurons, dans des chapitres suivants, l'occasion de décrire et de discuter ces méthodes.

Toutefois, même avec ces moyens nouveaux, l'on éprouvait souvent des mécomptes ; et, de plus en plus, les méthodes, en voulant être trop simples, s'avéraient insuffisantes.

C'est alors que Faure, puis Moure, et plus récemment Escat imaginaient les méthodes qui portent leurs noms, et qui consistent à aborder la tumeur par la voie antérieure artificiellement aggrandie par de judicieuses résections.

Ils nous ont ainsi doté de méthodes sûres, je dirai même élégantes, pour arriver jusqu'au cavum et se rendre facilement maîtres des tumeurs, en général, qui peuvent y être insérées et, dans le cas particulier qui nous occupe, des polypes fibreux, avec le minimum de chances de récidives, si dangereuses et trop souvent mortelles.

Sans entrer dans la description en détails de ces différents procédés, qui d'ailleurs sont aujourd'hui acceptés partout et par tous, et sont, en somme, classiques, nous nous contenterons, dans un prochain

chapitre, d'en citer les caractéristiques principales, afin d'en discuter l'opportunité, et de montrer comment le choix, variable avec les circonstances, de l'une ou l'autre d'entre elles, nous semble devoir donner des résultats particulièrement heureux.

Une ombre néanmoins persistait à ce tableau, faisant tache ; la question de l'anesthésie, qui, depuis longtemps, préoccupait les spécialistes.

Les solutions apportées eurent des fortunes diverses, mais il nous semble que deux au moins des formules proposées répondent aux desiderata, et que l'on est enfin pourvu d'une méthode de narcose facile et aisément praticable pour tous.

Nous avons eu l'honneur et le plaisir de pouvoir assister à la clinique particulière de MM. les Drs Vacher et Denis, d'Orléans, au traitement de deux malades atteints de polypes fibreux du naso-pharynx.

On trouvera plus loin leurs observations.

Par différents artifices, sur lesquels nous reviendrons longuement, ces interventions, réputées jadis si difficultueuses, si graves pour le patient, si pleines d'embûches de toutes sortes pour l'opérateur, nous sont apparues singulièrement facilitées.

Ce sont ces observations, et surtout certains points de la technique suivie que nous désirons mettre en valeur.

Pour une plus facile compréhension du sujet,

nous l'avons fait précéder de quelques rapides aperçus anatomo-pathologiques et étiologiques.

Nous avons donc, en conséquence, divisé notre sujet selon le plan suivant.

PLAN

I. — Délimitation du sujet.

II. — Quelques notions anatomo-pathologiques et étiologiques des polypes fibreux du naso-pharynx.

III. — Du point d'insertion primitive de ces tumeurs.

IV. — Mode de traitement.

Voies d'accès vers la tumeur.

a) Voie nasale antérieure.

b) Voie transmaxillo-nasale.

V. — Quelques détails de technique opératoire.

a) Question de l'anesthésie.

b) Ligature préventive de la carotide externe.

c) Ablation des prolongements (méthode d'Escat. Résection fenêtrée du maxillaire supérieur).

VI. — Observations.

VII. — Conclusions.

VIII. — Bibliographie.

DÉLIMITATION DU SUJET

La technique opératoire, dont nous voulons mettre particulièrement en valeur certains points ,vise spécialement le traitement du fibrome naso-pharyngien classique.

Nous entendons par là la tumeur à développement envahissant que l'on observe chez les sujets du sexe masculin entre dix et vingt-quatre ans.

Nous ralliant en cela à l'opinion d'Escat, de Moure, nous distinguons nettement, comme cliniciens, deux classes de fibromes du naso-pharynx ; D'une part, ceux dont il vient d'être parlé, et que nous pensons avoir suffisamment définis, d'autre part, ceux que l'on observe chez la femme à tout âge, et chez l'homme au delà de vingt-cinq ans.

Sans doute, peut-il sembler arbitraire de séparer en deux classes, des tumeurs qui présentent les mêmes caractéristiques macroscopiques où microscopiques, sauf peut-être que les premières dont nous nous occupons plus spécialement sont plus nettement hémorragipares.

Mais le clinicien est amené à une semblable déter-

mination par un ensemble de constatations qui ont une excessive importance.

En effet, si ces polypes, que nous avons rangé dans un groupe à part, et qui comprend les tumeurs développées chez la femme sans conditions d'âge, ou chez l'homme au delà de sa vingt-cinquième année, sont d'un pronostic bénin ; ce pronostic s'assombrit quand il s'agit des autres.

Duverger dans sa thèse de Bordeaux, 1905 *(de la Voie Trans-Maxillo nasale, dans les interventions sur l'arrière cavité des fosses nasales, le corps du sphénoïde et le naso-pharynx)*, inspirée par Moure a pu écrire (p. 22 et 23) à leur sujet :

« Mais de cette classe de tumeurs franchement malignes (*sarcomes, carcinomes, épithéliomes du naso pharynx*), justiciables du traitement que nous allons préconiser, il nous a semblé qu'on ne pouvait séparer un genre de tumeur incomparablement plus fréquent et plus connu ; nous voulons parler de certains polypes fibreux du naso-pharynx. Nous verrons en effet que si certaines tumeurs malignes, certains sarcomes par exemple et même des épithéliomes ont pu être enlevés par exemple sans récidives, au contraire il est des polypes fibreux qui se sont reproduits avec une rapidité et une ténacité effrayante, se comportant comme la plus implacable des tumeurs malignes. D'autres ont subi après extirpation probablement incomplète la transformation sarcomateuse (*fibro-sarcome*). D'autres enfin,

par l'étendue de leurs prolongements non soupçonnés ont causé des morts foudroyantes. »

Et un peu plus loin :

« Ces exemples suffisent à notre avis à classer certains fibromes à large base d'implantation et très vasculaires au rang des néoplasmes malins. »

On voit donc quel fossé sépare les deux classes : d'un côté les fibromes pédiculés, ballotant dans le naso-pharynx, d'autre part le fibrome largement sessile comblant le cavum et y prenant des adhérences secondaires.

En outre d'ailleurs de ces distinctions, en bénins et malins, au sens purement pronostique du mot, d'ailleurs le clinicien fait aussi une distinction au point de vue intervention.

Si les uns en effet sont facilement atteints et d'une ablation facile ; ceux qui nous occupent, par leur développement rapide, par les prolongements multiples qu'ils envoient soit par les nombreuses cavités osseuses qui sont en relation avec les fosses nasales ou le cavum (*sinus maxillaire*, *sphénoïdal*, *frontal*), soit dans les fosses ptérygoïdiennes, soit dans le cerveau, par usure des os, présentent une excessive difficulté, quand il s'agit d'en pratiquer l'exérèse totale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous envisageons donc seulement les tumeurs envahissantes observées chez des sujets masculins entre dix et vingt-quatre ans.

Ce polype est constitué par une trame fibreuse d'une extrême densité. Il est de consistance ligneuse, coriace, criant sous le scalpel.

D'autre part, et ceci est important, il est inséré d'une façon si intime au squelette osseux, qu'il semble faire corps avec lui. En effet, la tumeur dont nous nous occupons est toujours au début largement sessile ; et ce n'est que quand il s'est développé, quand il a atteint une certaine grosseur, qu'il devient plus ou moins pédiculé.

Son tissu est formé de faisceaux fibreux, perpendiculaires à la surface d'insertion, et parallèles entre eux, ou entre-croisés et se disposant en tourbillon dans la masse du néoplasme. Entre eux des cellules connectives aplaties ou ramifiées ; parfois aussi des cellules fibro-plastiques et embryo-plastiques.

Il est très riche en vaisseaux, et nous l'avons déjà vu, c'est un des caractères qui le différencie des autres fibromes que nous avons laissés de côté. Ces

vaisseaux, au milieu de ce tissu fibreux, sont maintenus béants : ainsi s'explique la ténacité et l'importance des hémorragies qui se produisent au cours des opérations sanglantes.

Parfois même cette vascularisation peut atteindre un tel développement, que l'on voit se produire en certains points comme des cavernes, ce qui explique l'appellation de *fibro-angiome de Kœnig.*

On trouvera plus loin deux examens microscopiques de polypes, confirmant nos assertions.

QUELQUES NOTIONS ÉTIOLOGIQUES

Nous serons brefs sur une question qui, au point de vue absolu, est de très grande importance, mais qui est d'un intérêt secondaire, dans le cadre de cette question.

Au reste la question, fort controversée, est encore à l'étude.

On s'accorde à admettre que l'on est en présence d'une déviation morphogénique d'un élément conjonctif ostéofibreux de la base du crâne, au cours du développement squelettique, particulièrement actif, qui accompagne la puberté. C'est justement au sujet de l'origine de cet élément conjonctif que les opinions se séparent.

Trois théories sont en présence. Nous nous contenterons de les énumérer:

1° Pour Escat, on aurait affaire à une hyperplasie de la lame fibreuse qui occupe la schindylèse vomérosphénoïdale.

2° Beush pense au contraire à l'hyperplasie du tissu fibro-cartilagineux du trou déchiré antérieur.

3° Enfin pour Ferreri, on serait en présence d'une croissance désordonnée d'un débris embryonnaire du tractus pharyngo-hypophysaire.

DU POINT D'INSERTION PRIMITIVE

DES POLYPES FIBREUX DU NASO-PHARYNX

Deux faits dominent la thérapeutique chirurgicale des fibromes naso-pharyngiens : 1° le mode de début, l'insertion primitive de ces tumeurs ; 2° La présence fréquente de prolongements périnasaux.

I. Insertion de la tumeur. — Depuis Nélaton, il était classique d'enseigner que l'implantation de la tumeur se fit primitivement et exclusivement dans le cavum rétro-nasal, au niveau du trousseau fibreux sous-jacent à l'amygdale de Luschka, entre l'articulation atloïdo-axoïdienne et le bec du sphénoïde, dans le sens antéro-postérieur, et transversalement d'une fosse ptérygoïdienne à l'autre.

L'insertion des polypes, à ce point, s'expliquerait justement par la présence du périoste si épais qui recouvre l'apophyse basilaire.

Toutefois cette opinion, dans son absolutisme, n'avait pas réuni tous les suffrages.

Gosselin, et aussi Virchow, Cruveilhier, Michaux de Louvain, Robert, prouvèrent que cette insertion pouvait se faire en bien d'autres points de la cavité naso-pharyngée.

Spillmann (*Dict. Dechambre*) résumant la pensée de Gosselin écrivait que, pour cet auteur, en outre de l'insertion basilaire, on peut trouver parfois une implantation primitive sur les fosses nasales, la partie la plus reculée de la lame de l'ethmoïde, les cornets, la cloison, l'apophyse ptérygoïde et la face inférieure du sphénoïde.

Mais, néanmoins, pour ces auteurs, l'insertion basilaire demeurait de beaucoup la plus commune, et ce n'est qu'exceptionnellement que l'on rencontrait l'insertion endonasale ou préchoanale.

Jusqu'à nos jours, d'ailleurs, il se rencontre des partisans de l'opinion de Nélaton et il n'a pas encore bien longtemps que le professeur Tédenat de Montpellier apporta en faveur de ces théories une imposante stastistique.

Et cependant une évolution, bien que lente, se faisait dans les idées.

Déja Gérard Marchand (*Traité de Chirurgie Duplay et Reclus*) faisait une part de plus en plus large à l'insertion endonasale. Puis, aux lumières d'une observation plus précise, l'opinion endonasale prit corps peu à peu et fut bientôt défendue par des partisans, toujours plus nombreux, et recrutés surtout dans le clan des rhinologistes.

Soutenue par Moure, Escat, Béco, Texier, Broeckaert, Raoult, Gaudier, Castex, Sieur et Rouvillois, cette opinion a été particulièrement défendue par Jacques (Congrès de 1908, 1910 et Congrès de Berlin).

Moure est radical ; il écrit dans son nouveau manuel que dans les cas observés par lui, le point d'insertion est toujours large, au voisinage des choanes, sur la cloison, le sphénoïde, l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde, le plafond de la fosse nasale, *mais jamais au point indiqué par les classiques.*

C'est encore lui qui inspira à deux de ses élèves (MM. les Drs Latour et Gauthier), en 1901 et en 1904, deux thèses successives traitant, entre autres choses, de l'origine vraie des fibromes naso-pharyngiens.

Cette opinion s'appuie sur des faits cliniques (examens rhinoscopiques, *au début*, des tumeurs, constatations pendant l'opération) et sur des faits anatomo-pathologiques.

Rouvillois présenta à la Société de Chirurgie, le 23 février 1910, une observation avec autopsie.

Nous la citons telle qu'elle fut rapportée par Jacques, dans un article de *la Revue hebdomadaire de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie.*

OBSERVATION I

(Jacques, *Revue hebdomadaire de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, 13 août 1910.)

Sur les polypes fibreux naso-pharyngiens.

Il s'agissait d'une jeune soldat, porteur d'un fibrome pharyngien de moyen volume, semblant attaché par un pédicule relativement étroit à la région toute antérieure de l'apo-

physe basilaire du côté droit. Extraite par les voies naturelles avec l'instrumentation d'Escat, la tumeur parut céder en totalité aux sollicitations du chirurgien et la durée de l'intervention n'excéda pas une minute. Toutefois des hémorragies successives survinrent dans les jours qui suivirent, et le malade succomba le neuvième jour avec les signes de l'anémie aiguë, malgré les efforts thérapeutiques les plus énergiques.

L'autopsie révéla l'existence de prolongements intra-sphénoïdaux et ethmoïdaux demeurés en place, source évidente des hémorragies.

L'insertion du polype recouvrait *la face antérieure du corps du sphénoïde,* empiétant un peu en dedans sur le vomer, et en dehors sur la racine de la ptérygoïde. Le plancher de l'antre sphénoïdal était détruit, et le lobule intra-sphénoïdal de la tumeur adhérait au pourtour intérieur de la perte de substance.

L'apophyse basilaire était entièrement indemne.

Texier, de Nantes, au Congrès de 1908, apporte deux cas (que l'on retrouvera relatés plus loin) et qui corroborent nombre de nos affirmations.

Jacques, à ce même Congrès de 1908, présente les 6 cas que, dit-il, il a pu observer en dix ans, et sur un nombre total de près de 20.000 malades, ce qui n'est pas sans donner du poids à ses arguments. Jacques, après avoir présenté ces 6 observations, recherche les causes de la divergence d'opinion, qui sépare encore aujourd'hui, chirurgiens généraux et rhinologistes.

« Je me demande s'il ne faut pas en rechercher la cause dans les modifications profondes apportées à l'anatomie de la région par l'évolution de la tumeur, modifications qui, par refoulement et usure du vomer, par abaissement du toit du cavum, par distension de la choane, et atrophie des extrémités postérieures des cornets, effacent petit à petit toute démarcation entre la fosse nasale proprement dite et le rhino-pharynx.

» A différentes reprises, l'amygdale pharyngienne conservée, me permit de reconnaître la situation précise de l'arcade choanale émoussée, et d'attribuer à la face antérieure, nasale, du corps du sphénoïde, une surface d'insertion néoplasique primitivement considérée sur les données du toucher, comme partie intégrante du toit du cavum.

» Dans un autre cas, un volumineux prolongement intra-sphénoïdal avait à ce point dilaté dans tous les sens, l'antre du sphénoïde, et notamment abaissé à ce point le plancher de la cavité, que de ce côté, la voûte pharyngienne se trouvait presque de niveau avec le plancher nasal.

» On conçoit aisément combien devient facile une erreur d'interprétation basée sur le toucher pharyngien : en pareille occurrence l'index glissé derrière le voile eût reconnu une tumeur, arrondie, dure, saignante, faisant corps intimement avec la paroi postérieure du pharynx et obstruant la choane : cette tumeur située en regard de la portion intra-nasale du polype d'un hémorragipare ne correspondait-

elle pas à la région d'intervention sur le trousseau basilaire, du fibrome naso-pharyngien ? Il ne s'agissait pourtant que du toit du cavum, abaissé et revêtu d'une muqueuse épaisse, naturellement friable et saignante » (1).

On a voulu encore attribuer ces divergences à des erreurs d'interprétation. On a en effet constaté que ces tumeurs dures, à croissance rapide, à grand développement, présentaient des adhérences secondaires au squelette. Mais à vrai dire, Escat a montré que ces adhérences étaient moins communes qu'on ne l'enseignait jadis, et d'autre part, ce ne sont pas là, exactement des insertions, puisqu'il s'agit en réalité, d'accidents secondaires, de synéchies souvent peu résistantes, entre le tissu de la tumeur, ulcérée sous des influences diverses, et la fibro-muqueuse nasale ; aussi n'y a-t-il pas lieu de penser que ces adhérences aient pu en imposer pour le pédicule de la tumeur à des praticiens avertis.

Déjà en octobre 1908 ; au Congrès de l'Association française de Chirurgie, en réponse à une communication du professeur Tédenat de Montpellier, Jacques avait réitéré les affirmations précédentes.

Si ces affirmations avaient remporté les suffrages des rhinologistes, elles eurent un succès moins brillant auprès des chirurgiens généraux.

Aussi en 1910, quelque temps après la communi-

---

1 *Bulletin et Mémoires de la Société française d'Oto-Rhino Laryngologie*, tome XXIV, 1908.

cation de Rouvillois, il revient à la charge avec deux cas nouveaux, et défend avec plus d'ardeur que jamais ses conclusions.

Il fait ressortir que la conception du fibrome à point de départ basilaire a pu naître de l'interprétation inexacte, donnée autrefois, des faits soumis à leurs observations, par des chirurgiens soucieux, comme dit M. Quénu « avant tout d'aller vite, opérant sans chloroforme, arrachant, ruginant et cautérisant au milieu du sang ».

D'autre part M. Sieur, au cours de la même discussion, fait remarquer que l'existence constante d'un lobe intra-nasal, l'habituelle présence de prolongements annexiels, enfin la franche et constante latéralisation de la tumeur, tous faits assez inexplicables dans l'hypothèse d'un point de départ basilaire ou vertébral, constituent au contraire des preuves, ou au moins de très fortes présomptions en faveur de l'origine endo-nasale du fibrome.

Plus récemment enfin, Escat pour concilier les deux opinions, *tout en admettant l'origine sphénoïdale comme la plus fréquente*, et quasi constante se propose de ne pas rejeter, absolument l'origine basilaire à la rigueur possible, et il reconnaît deux types cliniques.

1° *Un type sphéno naso-palatin*, type à début endo-nasal et le plus fréquent de beaucoup (forme des rhinologistes.)

2° *Un type basilo-naso pharyngien*, type à début

épi-pharyngien, réunissant quelques cas rares et contestés (*forme classique de Nélaton*).

Le type basilo-naso-pharyngien constituant une rareté ; ainsi posées ses conclusions nous ont semblé devoir approcher le plus de la vérité, jusqu'à ce que des études futures, nous aient montré l'inexistence absolue de ce deuxième type.

II. *Prolongements périnasaux.* — Enfin un autre point qui a son importance, comme nous l'avons dit précédemment, consiste en l'existence des prolongements périnasaux ; nombre de mécomptes opératoires sont dus à ce que l'on n'insista pas assez sur leur présence toujours possible. La même observation de Rouvillois, dont nous avons parlé précédemment, illustre de façon impressionnante cette proposition. Le soldat en question mourut en effet huit jours plus tard, des hémmorragies abondantes et répétées dues à deux prolongements sphénoïdaux et ethmoïdaux laissés en place.

MODE DE TRAITEMENT

VOIES D'ACCÈS VERS LA TUMEUR

Étant donné donc, d'une part, l'existence fréquente, et même, à un certain degré de développement de la tumeur, la présence immanquable de prolongements périnasaux ; étant donné par ailleurs la rareté, si tant est qu'il existe, du fibrome naso-pharyngien, d'origine basilaire, conformément à la théorie classique ; deux propositions se posent immédiatement.

1° L'opération qu'il importe de pratiquer, devant être avant tout complète, quel moyen employer ?

2° La tumeur étant endo-nasale, quelle voie suivre, de préférence.

I. — Avant tout, avons-nous dit, il importe de pratiquer une opération complète, qui détache la tumeur et quand ils existent ses prolongements, amorces de récidives toujours à craindre.

Il s'ensuit que dans l'immense majorité des cas, il faut condamner anse froide, anse chaude et pinces coupantes, quelles qu'elles soient, qui laissent fata-

lement intacte la base d'insertion du néoplasme. Bien plus la rugination si vantée elle-même voici quelques années, et qui d'ailleurs avait marqué un réel progrès sur les méthodes précédentes, la rugination semble aujourd'hui perdre du terrain.

Dans un article inspiré par Escat, MM. J. et L. Ducuing (1) en donnent les raisons qui se ramènent aux trois propositions suivantes :

1° Opération inutile contre les adhérences de la surface néoplasique avec les régions voisines. Ces adhérences sont, en effet, contrairement à l'opinion classique, beaucoup plus rares qu'on ne le croyait autrefois, et dans tous les cas, quand elles existent, toujours faibles, faciles à rompre avec n'importe quel instrument, cédant même sous l'ongle, et incapables de retenir la tumeur quand l'opérateur s'est rendu maître du pédicule.

2° Opération très délicate, beaucoup plus délicate que l'arrachement par torsion quand il s'agit de la désinsertion du pédicule.

En effet, une rugine, trop tranchante, sectionne la tumeur au lieu de l'éradiquer et favorise l'hémorragie ; par contre, peu tranchante, la rugine se heurte en vain à un tissu trop coriace, expose à prolonger une phase de l'opération dont la qualité essentielle réside dans la rapidité d'exécution.

3° Opération difficile à exécuter, car la conformation du pharynx, la configuration et l'insertion du

1. *Presse médicale*, 29 oct. 1912.

fibrome, variables avec chaque sujet, se prêtent mal à l'emploi de rugines à courbure fixe.

Si bien que, sans prétendre que la rugination est un procédé inférieur, il est juste de reconnaître que les préférences des rhinologistes aussi bien que des chirurgiens, qu'il s'agisse d'ailleurs d'attaquer la tumeur par les voies naturelles ou artificielles, vont avec raison A L'ARRACHEMENT PAR TORSION, véritable bistournage de la tumeur (Sébileau).

II. Quelle voie faut-il choisir pour pratiquer cet arrachement par torsion ?

Il importe ici de ne pas poser *a priori* de principe immuable. C'est l'examen du cas particulier, et un examen approfondi, qui doit dicter à l'opérateur la marche à suivre.

Il importe de savoir éviter tout dogmatisme, et avant tout d'être éclectique.

Étudions un peu les cas qui peuvent se présenter.

1° Si la tumeur est vraiment endonasale, sans prolongement appréciable dans le naso-pharynx, c'est évidemment à la voie nasale antérieure qu'il faut donner la préférence.

Eradication par voie nasale antérieure.— Ce procédé particulièrement applicable au fibrome à sa première période, alors qu'il est encore strictement endo-nasal et peu volumineux, peut se prati-

quer soit sous l'anesthésie cocaïnique, soit sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle, au somnoforme ou au chloroforme.

A. — Sous-anesthésie locale. — Le moyen le plus simple et le plus sûr d'obtenir une anesthésie aussi complète que possible du champ opératoire, en même temps qu'une ischémie qui contribuera largement à faciliter l'action opératoire, consiste à engager dans la fosse nasale correspondant au fibrome un tampon d'ouate hydrophile imbibé d'une solution de cocaïne à 1/10 et d'adrénaline à 1/2000. Cette solution est obtenue en faisant dissoudre 1 gramme de cocaïne dans 5 centimètres cubes de solution d'adrénaline à 1 o/oo auxquels on ajoute 5 centimètres cubes d'eau distillée stérilisée.

Le tampon d'ouate imbibé de cette solution est engagé à fond sous le contrôle de la rhinoscopie antérieure, jusqu'au contact de la tumeur. Il doit rester en place vingt minutes environ.

A l'aide d'un insufflateur rétro-pharyngien de Moritz-Schmidt, chargé de poudre composée de une partie de cocaïne pour dix parties de lactose, on peut, avec avantage, compléter l'anesthésie endo-nasale par l'anesthésie rétro-nasale.

Manuel opératoire. — Lorsque l'anesthésie est jugée suffisante, c'est-à-dire vingt minutes après la mise en place du tampon cocaïné endo-nasal, on retire le tampon et on procède à l'éradication.

Mais deux cas peuvent se présenter :

Premier cas. — La fosse nasale est large ou élargie

par le fibrome dont l'accès est des plus faciles ; dans ce cas, on l'attaque d'emblée, sans opération préliminaire.

Deuxième cas. — La fosse nasale est étroite et rétrécie par un cornet inférieur très développé, ou par une cloison déviée.

Dans ce cas, on procède préalablement à la résection de toute la partie du cornet inférieur qui s'étend de la tête de ce cornet à la tumeur. Cette résection se pratique soit à l'aide de la pince à morcellement de Georges Laurens, soit à l'anse froide, après séparation à l'aide de ciseaux conchotomes de la ligne d'insertion des deux tiers antérieurs du cornet.

Il ne reste plus qu'à pratiquer l'éradication.

Cette manœuvre s'exécute avec la pince nasale à mors dentés d'Escat qui est engagée dans la fosse nasale sous le contrôle de la rhinoscopie, le mors inférieur rasant le plancher.

Dès que l'extrémité de la pince a atteint le processus antérieur du fibrome, les mors sont écartés au maximum, l'inférieur conservant toujours le contact du plancher ; puis l'instrument est poussé à fond, jusqu'à ce que le mors supérieur soit arrêté par le sphénoïde où par le pédicule de la tumeur.

Le moment est venu de rapprocher les branches. Si, à ce moment, la masse comprise entre les deux mors met obstacle à leur rapprochement, les branches de la pince sont saisies à deux mains, et on comprime au maximum ; puis on pratique un rapide mouvement de torsion suivi d'une vive traction.

La masse totale d'un fibrome endo-nasal ethmoïdo-sphénoïdal peut être ainsi amenée au dehors.

Deux où trois prises semblables peuvent être nécessaires.

Si l'hémorragie est abondante, ce qui est plutôt la règle que l'exception, on la modère dans l'intervalle des prises, par l'application d'un nouveau tampon imbibé de solution cocaïno-adrénalinée, laissé en place cinq minutes environ.

L'opération terminée et jugée aussi complète que possible, si l'hémorragie est arrêtée, il n'est fait aucun tamponnement, et l'opéré est simplement tenu en surveillance.

Si, au contraire, l'hémoragie persiste, on procède par voie antérieure, à l'aide de la pince de Lubet-Barbon, à un tamponnement endonasal à la fois transchoanal et préchoanal, avec un gros plumasseau d'ouate imbibé d'eau oxygénée laissé en place pendant douze heures.

B. — *Sous anesthésie générale.* — Si le sujet est indocile ou manque de courage, l'opération sera avantageusement pratiquée sous anesthésie générale.

L'anesthésie au chlorure d'éthyle ou au somnoforme, dans la position rhinoscopique, est la méthode de choix, si l'éradicatian s'annonçant facile semble pouvoir être pratiquée en un tour de main.

Mais pour peu qu'elle fasse prévoir des difficultés, mieux vaut recourir à l'anesthésie générale chloroformée.

Dans tous les cas l'anesthésie générale permettra

toujours de conduire l'action opératoire avec plus de rapidité.

Cependant, même dans les cas où on doit recourir à l'anesthésie générale, il est avantageux de pratiquer au préalable l'anesthésie à la cocaïne-adrénaline, afin de ne pas perdre le bénéfice de l'ischémie locale, sinon de la tumeur, au moins de la pituitaire, condition toujours favorable aux manœuvres endonasales.

Si on pratique l'opération sous le chlorure d'éthyle où le somnoforme, la technique de l'anesthésie ne différera en rien de celle suivie pour toutes les opérations endonasales. Sur ce point, nous renvoyons le lecteur à *la Technique oto-rhino-laryngologique* de M. Escat ; mais si l'on doit la pratiquer sous chloroforme, on observera les règles suivantes :

Le sujet anesthésié sera placé dans la position de Rose ; cette attitude suffit amplement, en effet, pour prévenir l'irruption du sang dans les voies respiratoires.

D'assez grosses éponges aseptiques, montées sur des pinces hémostatiques ou sur des pinces à pansement rétro-pharyngien, et quelques tampons de gaze de la grosseur d'une petite mandarine fixés à un cordonnet de soie, permettront de tamponner le cavum, soit extemporanément, soit pendant toute la durée de l'acte opératoire si l'hémorragie est trop abondante.

La trachéotomie pré-opératoire, ainsi que le tubage per-oral de Kühn, sont, en effet, dans ce cas, de

pures complications de technique sans la moindre utilité pratique.

Mais, ce qui n'est point négligeable, c'est :

1° Un éclairage frontal parfait ;

2° Un système d'ouvre-bouche auto-statique aussi sûr que possible.

La première condition est bien remplie, soit par le photophore frontal classique à lentille, soit par le poliscope de Nicolaï, appareil bien moins encombrant que le miroir de Clar pour les opérations sous chloroforme.

La deuxième condition est idéalement réalisée par l'ouvre-bouche double de Mathieu à sangle occipitale préconisé depuis 1899 par M. Escat, ou encore par l'ouvre-bouche de Reverdin ou par celui de R. Schmit.

Le sujet étant dans la position de Rose, la tête reposant sur une têtière ou dans les mains d'un aide, l'opérateur se place à la tête.

Saisissant de la main droite, en position renversée, la pince endo-nasale d'Escat à mors dentés, il l'engage dans la fosse nasale correspondant à la tumeur, les branches orientées non vers le menton, comme dans la position rhinoscopique, mais au contraire vers le front.

Simultanément, il engage dans le naso-pharynx l'index et le médius de la main gauche, soulève le voile du palais et va, à travers la choane correspondant à la fosse nasale dans laquelle la pince est

engagée, à la rencontre des mors de la pince et de la tumeur.

Faisant alors glisser la pince fermée, tenue dans le plan sagittal, dans l'angle dièdre formé par la cloison et le plancher, repère dont elle doit conserver le contact, il la pousse à fond vers la choane, jusqu'à ce que ses mors rapprochés soient arrivés au contact de l'index gauche engagé dans le naso-pharynx.

A ce moment, faisant subir à la pince une rotation de 90 degrés, il oriente ses branches transversalement, c'est-à-dire parallèlement au plancher nasal, puis les écarte au maximum autant que le permet la fosse nasale, généralement élargie par la tumeur ou la résection du cornet inférieur.

Toujours aidé par l'index gauche, il engage la tumeur entre les deux mors, poussant ces derniers à fond vers la voûte sphénoïdale et le pôle supérieur de la choane.

Il ne reste plus qu'à comprimer la masse ainsi saisie et à pratiquer une torsion énergique.

Si le pédicule est bien saisi, toute la masse de la tumeur est entraînée par la narine.

On a pu voir, dans les cas où elle présente un diamètre considérable, son passage à travers le vestibule nasal provoquer une déchirure du bord de la narine.

L'éradication terminée, l'index gauche, engagé dans la choane devenue libre, permet d'explorer la partie profonde de la fosse nasale et la surface sur laquelle s'insérait le fibrome.

La pince, introduite de nouveau, peut encore sous le contrôle de l'index gauche, extirper les débris de tumeur qui ont pu échapper à la première prise.

Ce temps opératoire doit être excécuté en quelques secondes. Dès que la fosse nasale est reconnue libre, pour obvier à l'hémorragie et à l'envahissement des voies respiratoires par le sang, on éponge le cavum et on tasse des tampons imbibés d'eau oxygénée dans cette cavité et dans les fosses nasales.

Il est rare qu'on ne puisse pas les retirer au bout de quelques instants.

2° Par contre, s'il existe une tumeur intra-nasale avec prolongement naso-pharyngien nettement volumineux, la question est plus délicate.

Dans ces cas, en effet, certains rhinologistes, comme Escat par exemple préconisent l'intervention par les voies naturelles (*nasale et oro-pharyngienne combinées*). La technique en a été vulgarisée et une très ingénieuse instrumentation a été imaginée pour cet usage.

Sans parler des procédés d'ablation par anse chaude ou froide, ou par pince coupante, dont nous avons montré les défauts, mentionnons seulement, les rugines à courbures variables destinées à enlever la tumeur, tenue, soit par une pince à 4 ou 6 griffes de Colin, soit par le forceps naso-pharyngien de Moure.

Mentionnons aussi, les deux ingénieuses pinces

dites sphéno-basilaire et rétro-choanale imaginées par Escat pour l'éradication par arrachement du polype.

Il est hors de doute que des succès, incontestables et incontestés, ont couronné les efforts des partisans de cette méthode.

Mais en présence des tumeurs de la région profonde du toit nasal, de recessus ethmoïdo-sphénoïdal, primitivement et essentiellement d'origine nasale, on est en droit de se demander s'il n'est pas plus rationnel, plus prudent, de négliger *la voie indirecte*, *la voie aveugle* du naso-pharynx, pour la voie directe, *voie nasale antérieure et élargie*.

Nous partageons pleinement l'avis du Dr Jacques, quand il écrit :

« Si intéressante soit-elle, la voie oro-pharyngienne a donné lieu à bien des mécomptes ; très souvent incomplète dans ses résultats, elle expose à la récidive, au développement ultérieur d'expansions intra-sphénoïdales insoupçonnées et par dessus tout aux hémorragies post-opératoires graves, parfois mortelles.

» Très estimable, dans son principe, qui tend à simplifier singulièrement l'acte opératoire, elle procède dans son application d'une fausse conception du mode d'attache : d'où sa fréquente inefficacité, et les dangers qui résultent d'une application forcément aveugle (1). » Une observation du Dr Gault, de Dijon,

1. *Revue hebdomadaire de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie* du 13 août 1910.

citée par MM. Denis et Vacher dans une communication faite au Congrès de la Société française d'Oto-Rhino-Laryngologie (en mai 1913) vient, entre beaucoup d'autres d'ailleurs à l'appui de cette opinion.

OBSERVATION II

(*Revue hebdomadaire de Laryn., d'Otol. et de Rhinol.*, mai 1913.)

Malade de dix-sept ans, ayant un polype très prononcé avec prolongement buccal repoussant le voile du palais en avant et prolongements nasal, jugal et orbitaire.

Le malade avait été vu par plusieurs chirurgiens et des essais de morcellement avaient été tentés.

Comme il était très fatigué, qu'il dormait mal et s'alimentait difficilement, une trachéotomie préalable fut faite qui releva l'état général.

Dix jours après, intervention par voie buccale, le prolongement étant gros, avec l'instrumentation d'Escat, ablation laborieuse par le pharynx de la tumeur et du prolongement. Le malade meurt d'hémorragie.

Et le Dr Gault termine en ajoutant qu'il aurait pu peut-être sauver son malade, si, outre la voie pharyngée, il avait utilisé toutes les voies d'accès vers la tumeur, en particulier la méthode de Moure.

Donc sans rejeter absolument et de façon définitive la voie oro-pharyngée, qu'il nous soit permis de

penser que ses indications sont des plus restreintes, et que dans le cas de polypes nasaux à expansions pharyngiennes comme dans le cas de fibrome envahissant, elle doit céder le pas à la voie artificielle trans-maxillo-nasale, plus ou moins élargie.

VOIE TRANS-MAXILLO-NASALE

(Moure, Faure, Sébilleau, *Résection fenêtrée du maxillaire supérieur*) (Escat).

Nous n'avons pas l'intention de décrire à nouveau la technique de ces interventions qui sont bien réglées à l'heure actuelle, mais nous voudrions seulement en discuter quelques points particuliers.

1° LA QUESTION DE L'ANESTHÉSIE

Dans la chirurgie du pharynx, de l'arrière-fond des fosses nasales et de la face, la question de l'anesthésie a préoccupé les spécialistes.

Nombreuses, très nombreuses sont les formules et les appareils proposés pour obtenir une narcose parfaite.

Mais les difficultés sont grandes, qui peuvent se ramener à quatre et qui tiennent aux interruptions de l'anesthésie, à la pénétration du sang dans la trachée, à la présence du chloroformisateur au niveau du champ opératoire, et à la fréquence des vomissements.

De sorte que les desiderata à formuler sont les suivants :

1° Obtenir une narcose continue ;

2° Éviter l'entrée du sang et des mucosités dans les voies respiratoires ;

3° Éloigner l'aide anesthésiste de la région opératoire ;

4° Diminuer les vomissements dans la mesure du possible.

Or il semble que, à l'heure actuelle, la formule heureuse ait été trouvée.

Dans un article paru successivement dans *la Presse Médicale* du 7 octobre 1911 et dans *les Annales des maladies de l'oreille, du pharynx, et du nez*, août 1911, P. Blanluet a magistralement mis au point la question. Nous ne le suivrons pas dans la critique serrée qu'il fait des méthodes préconisées jusqu'à ce jour ; nous nous contenterons de citer le passage relatif aux deux méthodes que nous prônons, et dont nous avons eu l'occasion de pratiquer l'une d'elles.

« A l'heure actuelle, le spécialiste dispose d'une technique de narcose, supérieure à toutes les précédentes, puisqu'elle permet tout à la fois : 1° d'obtenir une narcose continue ; 2° d'administrer le chloroforme à distance ; 3° d'éviter la pénétration de sang dans la trachée ; 4° d'empêcher les vomissements ; c'est ce procédé que nous allons exposer.

1° Pour obtenir une chloroformisation continue

Nous commençons l'anesthésie à l'aide de l'appareil Ricard et de son masque ; lorsque le malade est complètement endormi, nous procédons, suivant les circonstances, soit à une laryngotomie intercrico-thyroïdienne, soit à une intubation trans-buccale, qui procurent une narcose ininterrompue.

1° Laryngotomie intercrico-thyroïdienne

a) La laryngotomie inercrico-thyroïdienne, utilisée d'abord par Bütlin, a été améliorée par Poirier qui l'a adoptée dans les interventions pour cancer de la langue.

Le malade étant complètement endormi, et conservant sur le visage le masque de l'appareil Ricard, est placé en décubitus dorsal, la tête en extension extrême ; le larynx est fixé entre le pouce et le médius de la main gauche, tandis que l'index de la même main marque l'espace intercrico-thyroïdien, toujours facile à sentir. La main droite armée du bistouri sectionne les téguments suivant une incision transversale, ou, comme nous avons l'habitude de le faire, suivant une incision verticale répondant à la hauteur de l'espace. La membrane intercrico-thyroïdienne ainsi mise à nu, mais non incisée, est ponctionnée à l'aide de la canule de Bütlin-Poirier ;

celle-ci se compose d'un mandrin, dont le bout ovoïde est aiguisé en trocart, et d'une canule dont la forme aplatie s'adapte exactement à l'espace inter-crico-thyroïdien ; pour la ponction, l'instrument est poussé sans brusquerie, tandis que l'index de la main droite limite la pénétration ; dès que la membrane est franchie, le trocart est retiré, en même temps que la canule s'enfonce dans le tube laryngo-trachéal.

b) Cette ponction directe de la membrane après incision des téguments échappe aux reproches justifiés que l'on a fait à la trachéotomie. La canule passe à frottement à travers la membrane, et ne permet pas l'entrée dans les voies aériennes des quelques gouttes de sang fournies par l'incision des téguments, comme cela pourrait se produire, si, suivant la technique proposée primitivement par Bütlin, on ponctionnait la membrane avec une sonde cannelée à bout coupant, pour y introduire ensuite un dilatateur, puis la canule. La blessure de la paroi postérieure du larynx, éloignée de 20 millimètres environ, ne serait possible que si l'on voulait enfoncer le trocart à travers la peau, ce qui exigerait une certaine force, et ne peut être provoquée par un opérateur prudent ; aussi croyons-nous inutile, pour l'éviter, de recourir à l'instrumentation imaginée par Botey (de Barcelone), c'est un couteau lancéolaire de 1 centimètre de large, portant à 15 millimètres de la pointe un rebord qui sert d'arrêt ; ce couteau fait d'un coup la section transversale de l'espace jusque

dans l'intérieur du larynx et est remplacé par une canule courte.

On a bien accusé cette intervention de provoquer secondairement l'infiltration dure des cordes vocales (Moure), la raideur des articulations du larynx et parsuite des troubles de la phonation (Gouguenheim) ; ce sont là des objections théoriques, et il n'y a pas lieu de craindre une sténose par décubitus canulaire, puisque celui-ci est nul le premier jour et reste sans importance avant soixante-douze heures.

En fait, nos malades qui ont subi cette laryngotomie dans un but anesthésique, n'ont présenté aucun accident immédiat ou secondaire. Les seuls inconvénients qui aient été parfois notés, furent, au moment de la ponction, quelques quintes de toux et dans la suite un léger emphysène sous-cutané, occupant la région cervicale et durant quarante-huit heures, emphysème du reste limité et n'ayant apporté aucune gêne ; ces deux inconvénients peuvent du reste être évités, d'une part si l'on attend pour pratiquer la laryngotomie que l'anesthésie soit bien complète, d'autre part si l'on suture soigneusement la membrane et la peau, ou, plus simplement, si l'on n'applique aucune suture sur la plaie intercrico-thyroïdienne.

Ainsi la laryngotomie intercrico-thyroïdienne est d'une facilité remarquable grâce à la situation superficielle de la membrane, et elle n'allonge en rien l'acte préparatoire, puisqu'elle est l'affaire de quelques secondes.

2° Intubation trans-buccale

a) Pour avoir une narcose continue, on peut, au lieu de pratiquer une intercrico-thyrotomie procéder à une intubation avec l'appareil de Kühn (de Cassel).

Les vapeurs chloroformiques sont alors conduites dans la trachée à travers la bouche et le pharynx à l'aide d'un tube formé d'anneaux disposés en spirale ; son extrémité laryngée se termine en pointe mousse et possède trois arêtes qui sont séparées par des fenêtres, et qui répondent à la forme triangulaire de la glotte : son extrémité externe, qui répond aux lèvres lorsque l'appareil est en place, possède un talon d'appui qui se place dans une commissure labiale, et deux ailes démontables qui protègent l'appareil contre la pression des dents. Après de nombreuses expériences, Kühn est arrivé à préciser exactement les dimensions que doit avoir le tube suivant l'âge et le développement de l'individu, et il conseille d'utiliser le tube le plus large possible. Pour un usage courant, deux modèles suffisent.

A l'intérieur de ce tube glisse un mandrin, dont la courbure ne doit pas atteindre un angle droit ; la tête du mandrin est poussée jusqu'à la pointe du tube, et les arêtes de cette dernière sont disposées de telle sorte que l'un d'elles soit dirigée en avant.

Pour la mise en place de cet appareil, voici comment nous procédons. Le malade, qui a reçu une

injection préalable de morphine, est profondément endormi à l'aide de l'appareil de Ricard ; comme pour la laryngotomie intercrico-thyroïdienne, il est important d'attendre que la narcose soit suffisante ; sinon le contact du tube avec le pharynx détermine des contractions et des nausées, qui gênent beaucoup l'intubation. On vérifie que le glissement du mandrin à l'intérieur du tube métallique se fait très facilement, et on applique l'ouvre-bouche de Doyen, qui est facile à manier, assez stable, et peu gênant par suite de l'application exacte de ses branches sur la joue du côté opposé à l'opérateur ; utilisant constamment l'ouvre-bouche, nous supprimons complètement dans l'appareil de Kühn les ailes démontables qui deviennent alors inutiles, et qui gênent pour la mise en place de l'appareil et surtout pour l'ablation du mandrin.

Le chloroformisateur est élevé sur un escabeau et se place à la droite du patient, se tenant courbé au-dessus de lui. Tandis que la langue est pincée et attirée en avant, l'index gauche est enfoncé dans le pharynx aussi profondément que possible, et recherche l'épiglotte que sa situation, sa forme, sa consistance font reconnaître aisément ; l'extrémité de l'index se porte ensuite plus bas et se place sur la saillie formée par les cartilages aryténoïdes ; glissant devant l'index gauche ainsi placé, le tube pénètre infailliblement dans la cavité laryngée. Parfois l'extrémité du tube s'arrête à l'entrée du larynx ; il suffit d'attendre une inspiration, pour que le tube

glisse ensuite de lui-même. Chez certains malades, et le fait nous est arrivé dans un cas, la distance est trop grande pour que l'index puisse atteindre les aryténoïdes ; on place alors l'extrémité de l'index et le tube derrière l'épiglotte, et si l'on se maintient bien sur la ligne médiane et si l'on attire vers soi l'extrémité laryngée du tube en élevant la poignée du mandrin, on manque bien rarement l'entrée du larynx ; celle-ci est annoncée par un bruit spécial ; mais on n'est absolument certain d'avoir pénétré dans le larynx qu'après avoir retiré le mandrin.

Pour remédier à cet inconvénient, Buys a remplacé dans l'appareil de Kühn le mandrin par un tube creux ; dès lors le bruit trachéal s'entend, dès que l'appareil pénètre dans le larynx.

Quand le tube est en place, on retire le mandrin ; pendant cette manœuvre un peu délicate, l'index gauche laissé dans le pharynx maintient le tube, tandis que l'autre main, tout en retirant le mandrin, participe à l'immobilité de l'appareil. Kühn conseille alors de fixer l'appareil, en logeant le talon extérieur dans une des commissures labiales et en le maintenant par deux tubes de caoutchouc, dont l'un passe sur le menton et l'autre sur la racine du nez, le front et la nuque. Cette fixation nous paraît inutile, et nous supprimons le talon d'appui et les caoutchoucs un peu encombrants ; le tube mis en place a peu de tendance à se déplacer, et le tamponnement du pharynx auquel nous procédons ensuite complète cette fixation. De fait, malgré des

manœuvres buccales, malgré des touchers du cavum pratiqués au cours de l'ablation d'un polype naso-pharyngien, le tube ne s'est jamais déplacé ; quand il a été placé, il n'y a plus lieu d'y toucher, et aucune traction de la langue n'est nécessaire.

b) Quoique un peu plus difficile sur le malade endormi que sous anesthésie locale, parce que la langue est plus gênante, et parce que l'entrée du larynx est moins accessible, l'intubation se fait aisément, si le mandrin a la courbure convenable, et si sa pointe est dirigée en avant. Elle ne présente non plus aucun danger, si elle est accomplie avec douceur, toute manœuvre de force devant naturellement être évitée.

Le seul inconvénient signalé par Kühn consiste en une légère irritation laryngée, disparaissant au bout de quelques jours. Nous n'avons jamais trouvé le moindre trouble vocal, et l'examen laryngoscopique pratiquée après l'intubation ne nous a jamais révélé la moindre altération. Ce que nous avons noté parfois le lendemain de l'intubation, c'est une dysphagie légère dont il faut incriminer du reste non l'intubation, mais tantôt le tamponnement du pharynx, tantôt l'obstruction nasale due au premier pansement.

c) L'intubation trans-buccale permet d'administrer le chloroforme sans aucune interruption, comme la laryngotomie intercrico-thyroïdienne. La première méthode qui ne laisse absolument aucune trace et qui n'est pas soupçonnée par le malade à son réveil, nous semble préférable dans la majorité des cas,

quoique la cicatrice laissée par la canule de Bütlin-Poirier soit tout à fait insignifiante. Par contre, celle-ci trouvera son indication, si l'on intervient sur une région basse du pharynx, si l'on doit laisser un tamponnement après l'opération, où encore si l'on craint des accidents dyspnéiques post-opératoires, que peut provoquer un œdème des replis aryténo-épiglottiques, et que prévient le port de la canule pendant deux où trois jours.

2° Pour administrer le chloroforme à distance

a) Quand on a mis en place soit la canule de Bütlin, soit le tube de Kühn, on relie cette canule ou ce tube à l'appareil de Ricard par l'intermédiaire de l'ingénieux dispositif imaginé par Lombard.

Une pièce métallique coudée et très peu élevée s'emboîte à frottement par l'une de ses extrémités soit dans la canule de Bütlin, soit dans l'extrémité externe du tube de Kühn; l'autre extrémité de cette pièce métallique reçoit un tube de caoutchouc de gros calibre, long d'une vingtaine de centimètres, qui arrive à la tubulure latérale d'un ajustage. Ce dernier est, d'une part, fixé sur un support métallique en forme de croix, que l'on peut appuyer et même assujettir sur le thorax de l'opéré : d'autre part il reçoit la pièce à respiration du Ricard que l'on a détachée du masque de caoutchouc désormais inutile.

Nous préférons le dispositif de Lombard à celui que Sébileau présenta à la Société de Chirurgie en novembre 1908 et qui est constitué par un petit tube à trois branches dont l'inférieure s'adapte à la canule de Butlin, dont la branche moyenne communique avec le tube d'aspiration de Ricard et dont la branche supérieure renferme la soupape d'expiration.

b) La chloroformisation à distance est ainsi possible sans aucune gêne pour l'opérateur, sans inconvénient pour le malade. La soupape d'expiration, en effet, étant peu éloignée des voies respiratoires, l'air se renouvelle facilement dans l'appareil, et chaqne inspiration apporte dans les poumons un air nouveau chargé de chloroforme. La surveillance de la respiration est aisée grâce au bruit des soupapes ; on entend le rythme, l'intensité, la pureté des mouvements respiratoires et l'absence d'une respiration ne peut échapper ; on se renseigne de temps à autre sur l'état des pupilles, et si une alerte venait à se produire, il suffirait d'enlever le couvercle du Ricard, pour que le malade ne respire plus que de l'air. Le malade bénéficie de la distribution régulière de chloroforme procurée par le Ricard. Dans les narcoses que nous avons faites par ce procédé, l'anesthésie fut d'une régularité remarquable ; et même, chez deux malades où la période d'agitation avait été intense et le sommeil très difficile à obtenir et non satisfaisant, l'anesthésie devint et se maintint excellente, à partir du moment où les vapeurs chlo-

roformiques furent introduites directement dans la trachée. Nous ajouterons même qu'on a la sensation de tenir le malade complètement sous sa dépendance ; s'il existe une tendance au réveil, quelques secondes suffisent pour y remédier, de sorte qu'on peut constamment et facilement laisser l'opéré sur le seuil de l'anesthésie.

Mais, et nous ne saurions trop insister sur ce point, l'absorption du chloroforme étant totale, il faut employer une *dose d'anesthésique minime ;* le couvercle du Ricard ne doit jamais être baissé de plus d'un tour ; presque toujours les 4 orifices peuvent rester ouverts et la dose de chloroforme employée pendant l'acte opératoire est en *moyenne de 10 gr. par heure.*

3° Pour éviter la pénétration du sang dans la trachée

a) Dès que le tube de Kühn ou la canule de Bütlïn ont été reliés à l'appareil de Ricard par l'intermédiaire du dispositif de Lombard, il faut, avant de commencer l'acte opératoire, procéder au tamponnement du pharynx. Les arcades dentaires restant écartées, et la langue attirée en avant, on introduit derrière l'épiglotte l'extrémité d'une bande de gaze large de 2 ou 3 travers de doigt, longue de 40 centimètres environ ; à l'aide de l'index, on la tasse aussi profondément que possible derrière le larynx, jusque dans l'œsophage ; puis on remplit les

récessus pharyngo-laryngés droit et gauche et l'orifice laryngé ; l'extrémité terminale porte un fil qu'on laisse sortir le long d'une commissure labiale et qui permettra d'enlever facilement cette bande de gaze à la fin de l'opération. L'ensemble forme un tampon serré et compact, et en général il n'est pas nécessaire d'employer une seconde bande, ni utile d'appliquer au-dessus de ce tamponnement permanent un tamponnement provisoire que l'on change de temps à autre.

b) Ce tamponnement protège d'une façon efficace les voies aériennes et procure à ce point de vue une sécurité absolue ; chez tous nos malades les suites opératoires immédiates furent excellentes ; aucun d'eux ne présenta d'infection bronchique ou pulmonaire consécutive, bien que dans deux cas il se soit agi d'individus obèses et emphysémateux. L'emploi de ce tamponnement, extrêmement simple dans toutes les interventions qui portent sur les fosses nasales, le cavum, la bouche, les amygdales, est plus délicat, mais cependant possible dans les pharyngotomies.

Conclusions

Grâce ainsi à ces dispositifs, le chloroformisateur a le malade sous sa dépendance absolue et continuelle ; aucune anesthésie n'est plus facile à conduire ; une narcose superficielle suffit ; car dès les premiers mouvements du malade on obtient aisément, en

quelques secondes, la résolution complète ; viendrait-il à se produire une alerte, immédiatement on peut insuffler de l'oxygène dans les poumons, et se rendre maître de la situation.

L'anesthésie en outre n'a pas à lutter contre les nausées et vomissements d'une demi-narcose, contre l'impatience du chirurgien qui a hâte parfois de terminer l'acte opératoire, contre le sang qui menace la liberté des voies aériennes.

La régularité de la narcose est non moins satisfaisante pour *l'opérateur*, qui agit tranquillement sans avoir à consacrer une partie de son attention à la surveillance de l'anesthésie. L'opération est en même temps conduite plus rapidement ; c'est ainsi que deux malades atteints de suppuration fronto-ethmoïdo-maxillaire, subirent en quarante minutes une cure radicale complète (1), qui, par les méthodes anciennes d'anesthésie, eut exigé un temps beaucoup plus long. La narcose étant absolument tranquille l'hémorragie est moins abondante ; elle fut très modérée dans trois cas de sinusite maxillaire et dans un cas de kyste du maxillaire supérieur ; d'autre part une résection sous-muqueuse dans un cas de déviation compliquée de la cloison chez un pusillanime, prouva que l'action hémostatique de la novocaïne-adrénaline était aussi complète que sur un malade non endormi.

---

1. Opération de Jacques, résection de l'ethmoïde ; opération de Caldwell-Luc.

L'avantage de la méthode fut particulièrement frappant dans deux cas de néoplasme des fosses nasales, dont l'un avait envahi l'orbite et les sinus splénoïdaux, et qui furent enlevés par la voie latéro-nasale ; au lieu d'une narcose à tête pendante, cyanosée, où tout est difficile pour le chirurgien, l'acte opératoire fut conduit aussi aisément, que s'il se fût agi d'une région quelconque des membres, et ne fut pas troublé par le moindre incident. La perfection de l'intervention s'en ressent naturellement ; dans les opérations sur la bouche, celle-ci peut-être ouverte au maximum, sans que la respiration en soit troublée ; la révision de la région opératoire est plus certaine, et chez deux jeunes garçons qui subirent l'opération de J.-L. Faure pour polype naso-pharyngien, on put se rendre compte aisément qu'il ne restait aucun prolongement de la tumeur.

Dans l'extirpation des tumeurs de la région naso-pharyngienne cette inspection du champ opératoire offre pour l'avenir du malade, une utilité incontestable. Mais cette méthode d'anesthésie n'est pas non plus sans avantage pour les suites opératoires immédiates : le malade ayant absorbé très peu de chloroforme, ayant perdu moins de sang, le shock opératoire est très restreint, comme ce fut le cas pour les deux néoplasmes des fosses nasales dont nous avons déjà parlé, comme ce fut encore le cas d'une résection du maxillaire supérieur pour tumeur maligne ; ajoutons enfin que les vomissements, si pénibles pour le patient, sont exceptionnels et que nous

n'avons jamais observé de complications pulmonaires, jadis si fréquentes après ces interventions.

Ce sont ces nombreux avantages, qui nous ont incité à exposer cette méthode de chloroformisation, convaincu qu'elle rend d'immenses services dans les interventions rhino-pharyngologiques qui nécessitent la narcose, et à l'heure actuelle, elle constitue, en pareille circonstance, le procédé d'anesthésie générale, qui dans son application et ses suites, offre le minimum de dangers et d'inconvénients.

II. — LIGATURE DE LA CAROTIDE EXTERNE

Le fibrome naso-pharyngien est une tumeur très vasculaire dont l'ablation amène souvent une hémorragie assez importante. Dans ces conditions, la ligature préalable et systématique de la carotide externe est-elle à conseiller quand on a affaire à une tumeur volumineuse ? Cette opération eut des partisans. A une époque déjà lointaine, Verneuil la pratiquait ; d'autres opérateurs l'ont suivi dans cette voie.

Aujourd'hui encore, des chirurgiens et des rhinologistes et non des moindres la préconisent. C'est ainsi qu'à une séance de la Société de Chirurgie (février 1910), Quénu et Sieur s'en sont déclarés partisans.

« Pour se mettre à l'abri des hémorragies opératoires et post-opératoires, il est utile de lier les artères carotides.

» Dans 2 cas s'est déclarée une hémorragie abondante post-opératoire qui n'a pas été constatée chez un troisième malade auquel avait été pratiqué la ligature des carotides » (Sieur) (1).

« Cette ligature est d'une réelle utilité dans les opérations sur la face ; en privant le champ opératoire de sang, elle permet certainement de faire une opération plus complète » (Quénu) (1).

Toutefois cette opinion n'est pas unanime, et Jacques s'en déclare l'adversaire. Il s'y est opposé à différentes reprises.

« Je considère, a-t-il écrit, comme entièrement superflue la ligature préalable des carotides. Les hémorragies ne sont guère à craindre ici que lorsque une exérèse incomplète a laissé béants de multiples vaisseaux dilatés, à parois dégénérées, fusionnées avec le tissu ambiant fibreux, rigide et dépourvu de toute rétractilité » (2).

Évidemment, la ligature de la carotide n'est pas à rejeter, car dans certains cas où sont accumulées les difficultés, elle peut et doit grandement faciliter les manœuvres opératoires. Mais dans le cas ordinaire, et surtout chez des malades qui vous arrivent déjà fatigués, anémiés, est-il vraiment utile de pratiquer, de parti pris, cette intervention supplémentaire ; alors qu'en opérant vite, servi par un bon éclairage frontal, et en faisant une voie d'abord très large, on

1. *Bull. de la Soc. de Chirurg.*, février 1910.

2. *Rev. Hebdom. de Laryngol. d'Otol. et de Rhinol.*, 13 août 1910, n° 33, p. 189.

arrive par le tamponnement, d'une part, par *l'exérèse totale* ensuite à tarir le sang.

Le grand danger et nous l'avons déjà signalé réside en effet, plus dans l'ablation incomplète, que dans la blessure de la sphéno-palatine dont la ligature aura raison.

Quant aux hémorragies post-opératoires, elles ne sont guère à redouter, si la torsion a bien arraché la tumeur toute entière. Au reste, si l'écoulement sanguin persistait, un simple tamponnement, très serré, et pratiqué méthodiquement, dans une cavité, limitée dans toute son étendue par des parois osseuses, doit en avoir raison, fût-on obligé, pour l'ablation ultérieure des mèches, de laisser ouverte la plaie opératoire.

Cet hypothèse se vérifia d'ailleurs dans une des observations que nous rapportons, et l'on peut voir que la suture réalisée quarante-huit heures après l'opération n'en fut pas moins suivie d'une réunion parfaite par première intention.

III. — ABLATION DES PROLONGEMENTS

L'opération type préconisée par Moure, en 1902, donne un jour énorme sur les régions moyenne et supérieure des fosses nasales, sur l'arrière-cavité des fosses nasales et la région ethmoïdo-sphénoïdale ; d'où il résulte un accès facile sur la tumeur

et ses expansions pharyngiennes sphénoïdales, ethmoïdales et maxillaires.

Mais il est des cas où le prolongement envahissant la fosse ptérygo-maxillaire et la fosse zygomatique se trouve derrière la paroi postérieure du maxillaire. Escat préconise le procédé élargi de Moure avec résection de la paroi postérieure du sinus maxillaire.

Ce procédé que dans *la Presse médicale* du 29 octobre 1912, deux de ses internes, MM. J. et L. Ducuing, ont exposé avec un grand luxe de détails, nous semble très recommandable dans ce cas. Nous ne saurions mieux faire que de rapporter cet exposé :

1° **Voie trans-maxillo-nasale.** — C'est la voie préconisée par Moure (1), dès 1902, pour l'ablation des tumeurs de l'ethmoïde, et par J.-L. Faure (2) en 1905, contre les tumeurs malignes du maxillaire supérieur.

Cette méthode, inspirée de la rhinotomie latérale de Chassaignac, qui semble le premier avoir eu l'idée d'aborder les parties profondes des fosses nasales par la résection des os propres, fut définitivement réglée par Moure et Duverger (3), comme voie d'ac-

---

1. Moure, *Traitement des tumeurs malignes primitives de l'ethmoïde* Société française d'Oto-Laryngologie, 1902.

2. J.-L. Faure, *Technique de l'extirpation des tumeurs malignes du maxillaire supérieur* (*Presse médicale* du 18 novembre 1904).

3. Duverger, *De la voie trans-maxillo-nasale dans les interventions de l'arrière-cavité des fosses nasales, le corps du sphénoïde et le naso-pharynx*. Thèse, de Bordeaux 1905.

ces vers le naso-pharynx. Vulgarisée depuis par Jacques (de Nancy), elle est adoptée aujourd'hui par la plupart des rhinologistes ; mais, en utilisant cette voie, on peut recourir à deux procédés :

a) Soit au procédé de Moure proprement dit ;

b) Soit à un procédé différent (quoique inspiré de celui de Moure) et dont nous allons régler la technique ; ce procédé peut-être désigné sous le nom de résection fénêtrée du maxillaire supérieur.

A. — **Procédé de Moure.**— Ce procédé comprend, d'après Duverger, les temps suivants :

1° *a*) Incision verticale partant de l'épine nasale du frontal, suivant l'angle interne de l'œil, le sillon naso-génien, et contournant l'aile du nez, qui peut-être ainsi rabattue de côté ;

b) Incision horizontale perpendiculaire à la précédente, partant de l'angle interne de l'œil, suivant le bord inférieur de l'orbite, et finissant sur la tubérosité malaire ; rugination des surfaces osseuses couvertes par le lambeau ainsi délimité ;

2° Résection osseuse ;

a) De la paroi antérieure du maxillaire, jusqu'à l'os malaire en dehors ;

b) De la paroi externe de la fosse nasale et du cornet inférieur ;

c) De l'os propre du nez et de l'unguis ;

3° Ablation de la tumeur ;

4° Suture et pansement.

Si nous ne donnons pas plus de détails sur la technique opératoire de ce procédé, c'est parce que

ces détails seront exposés dans la technique de la résection fenêtrée du maxillaire supérieur qui n'est, somme toute, que le procédé de Moure élargi.

B. — **Résection fenêtrée du maxillaire supérieur.** — L'opération sera pratiquée sous chloroforme. La position à donner au malade est le décubitus dorsal, avec légère rotation de la tête du côté correspondant à la tumeur.

Lorsque la tumeur est encore endo-nasale, si le cavum est vide ou incomplètement comblé, il est avantageux de le tamponner avec un rouleau de gaze fixé à un cordonnet de soie.

L'acte opératoire comprend huit temps.

Premier temps : *Incision des parties molles.* — L'incision partira de l'épine nasale du frontal, suivra l'angle interne de l'œil, le sillon naso-génien, contournera l'aile du nez, arrivera jusqu'à la sous-cloison, et divisera exactement par moitié la lèvre supérieure ; cette incision sera faite jusqu'à l'os ; l'hémorragie provenant des vaisseaux nasaux et coronaires supérieurs sera réprimée par forcipressure. Cette incision n'est autre, en somme, que l'incision classique dite incision Liston-Nélaton, pratiquée pour la résection totale du maxillaire supérieur, moins sa portion horizontale sous-orbitaire.

Deuxième temps : *Décollement du lambeau naso-génien.* — Sectionner la muqueuse au fond du sillon gingivo-labial, puis séparer à la rugine le périoste et les parties molles de la paroi antérieure du sinus.

Pratiquer le décollement très prudemment jusqu'au

trou sous-orbitaire, de façon à ne pas blesser le nerf au sortir de son orifice ; décoller tout autour le périoste, puis poursuivre sans crainte le décollement par en bas sur la face antéro-externe du sinus.

Au niveau de la branche ascendante du maxillaire supérieur, commencer le décollement du périoste sur les os propres du nez, puis le continuer prudemment vers l'angle inféro-interne de l'orbite où l'on s'efforcera de séparer la fossette lacrymale, le périoste et le sac en les ménageant le plus possible.

Rabattre du côté opposé le lambeau nasal, et en le détachant au bistouri du pourtour de l'orifice piriforme où il est fixé par un tractus fibro musculaire (transverse du nez, élévateurs, dilatateur, etc.).

A ce moment, le nez rabattu d'un côté, le lambeau naso-génien érigué de l'autre, on a sous les yeux la paroi antérieure du sinus, en partie sa paroi latérale, la pointe de l'os malaire, la branche ascendante du maxillaire et l'os propre du nez.

Troisième temps : *Résection de la paroi antérieure du sinus.* — A l'aide, soit de la grosse pince-gouge de Collin utilisée par Faure, soit d'une pince-gouge plus petite, agrandir progressivement l'orifice piriforme, de manière à enlever peu à peu la paroi antérieure du sinus, mais en ménageant le rebord orbitaire ; pousser cet agrandissement plus loin en dehors, de façon à supprimer également une bonne partie de la paroi externe.

Aux abords du trou sous-orbitaire, aller lentement, pour ne pas sectionner le nerf que l'on doit dégager

progressivement des parties osseuses qui l'entourent.

Toujours à la pince-gouge, faire sauter l'apophyse ascendante du maxillaire et l'os propre du nez jusqu'à leur soudure avec le frontal.

Entamer au niveau de l'angle inféro-interne le rebord orbitaire qui fait une saillie rentrante dans la brèche, en s'efforçant de ménager le sac lacrymal.

Quatrième temps : *Suppression de la paroi interne du sinus et des cornets moyen et inférieur.* — A l'aide d'une pince coupante (la pince à septum de Ballenger ou une pince gouge), une branche engagée dans le sinus, l'autre dans la fosse nasale, réséquer la paroi sinuso-nasale, au ras du plancher et au ras du plafond du sinus ; ce dernier coup de ciseau sectionne le canal nasal, on ne peut l'éviter ; mais si l'on a eu soin de ménager le sac lacrymal, il n'y aura pas de larmoiement, car un moignon de canal, attenant au sac, suffira pour déverser les larmes dans la brèche trans-maxillo-nasale.

Saisir avec une pince de Luc le lambeau ostéo-muqueux qui supporte les cornets moyen et inférieur, et qui adhère par son bord postérieur à la paroi postérieure du sinus ; l'arracher par torsion.

Cinquième temps : *Régulariser et agrandir la brèche.* — Arracher avec la pince coupante ce qui reste en arrière et en bas de la paroi interne du sinus, afin de découvrir l'apophyse ptérygoïde ; le plan du plancher du sinus doit se continuer avec celui du plancher nasal.

A l'aide d'une gouge courbe ou d'une gouge à

main de Legouest, insinuée sous la paroi supérieure des fosses nasales et dont le bec doit être dirigé plutôt vers le plancher nasal que vers la base du crâne, on abat de haut en bas le cornet supérieur et les groupes ethmoïdaux exubérants.

Au cours de ce temps assez délicat, on doit surtout veiller à ne pas égarer la gouge vers la cavité cranienne et la lame criblée ; mais l'emploi d'une gouge courbe facilite cette opération.

Sixième temps : *Résection de la paroi postérieure du sinus maxillaire.* — Ce temps n'est nécessaire que s'il y a lieu de mettre à découvert l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire, pour extirper un prolongement engagé dans la fosse de ce nom.

Avec un petit ciseau ou une gouge, faire très prudemment une brèche de façon à réséquer autant de paroi qu'il convient pour mettre à découvert l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire.

En trépanant la paroi antérieure de l'espace ptérygo-maxillaire, on crée peu à peu une large brèche ; mais, lorsqu'il existe un prolongement ptérygo-maxillaire du fibrome, cette paroi étant refoulée en avant ou résorbée, ce temps opératoire se trouve singulièrement simplifié.

Au total, à ce moment, on a creusé dans le massif naso-facial une énorme brèche en forme de large couloir, dont l'ouverture antérieure est constituée par l'orifice piriforme, élargi par le fenêtrage de la paroi antérieure de l'antre maxillaire, l'ouverture postérieure par la choane, le plancher par la branche

horizontale du maxillaire, le plafond par la paroi inférieure de l'orbite et les cellules ethmoïdales en partie réséquées, la paroi interne par la cloison, la paroi externe par la paroi externe et postérieure du sinus, largement ouverte si l'on en a pratiqué la résection.

A notre opération s'applique bien le nom de *résection fenêtrée du maxillaire supérieur* : celui-ci n'est plus, en effet, en fin de compte, représenté que par deux lames osseuses à peu près parallèles, le plancher de la bouche et le plancher de l'orbite. Trois piliers réunissent ces deux massifs osseux : le pilier interne constitué par la cloison, le pilier postérieur représenté par l'apophyse ptérygoïde, le pilier externe par le pont osseux qui sépare les ouvertures crées dans la paroi antérieure et la paroi postéro-latérale du sinus.

Trois grandes fenêtres sont ouvertes : une en arrière, représentée par l'orifice choanal, agrandi ou non, s'ouvre sur le pharynx ; l'autre en arrière et en dehors, et représentée par la brèche faite sur la paroi postéro-latérale de l'autre, s'ouvre sur la région zygomatique ; la troisième enfin, s'ouvre en avant, c'est la large brèche faite sur la paroi antérieure du sinus.

Septième Temps. — *Eradication de la tumenr.* — Elle s'effectue par torsion à l'aide de fortes pinces dentées et au besoin, de rugines ou de gouges courbes.

Huitième Temps. — *Suture et pansement.* — La

grande brêche trans-maxillo-nasale est tamponnée avec une mèche de gaze dont on ramène les deux chefs par la narine afin de pouvoir la retirer au bout de douze où vingt-quatre heures.

Le lambeau cutané rabattu, est fixé aux crins de Florence aussi exactement que possible pour éviter les cicatrices disgracieuses.

Quelques points de catgut sont appliqués au niveau du sillon gingivo-labial pour empêcher que les aliments ne pénètrent jusque dans le sinus. Pansement sur la face.

Notre opération s'écarte par plusieurs points de l'opération type réglée par Moure et Duverger, de celle de J-L. Faure, et des procédés qui s'en inspirent (procédé de Jacques, de Nancy).

1° Notre incision suivant le sillon naso-génien et le bord de la narine, et sectionnant exactement en deux la lèvre supérieure, est différente de celle de Moure qui donne moins de jour sans ménager d'ailleurs l'esthétique ; nous n'avons pas, en effet, cette section horizontale des parties molles sur le bord orbitaire inférieur, de l'incision classique Liston-Nélaton suivie par Moure et par Faure. Quant à la partie inférieure de l'incision non pratiquée par Moure, mais conservée dans notre procédé comme dans celui de Faure, elle reste cachée dans la fossette sous-nasale et sous la moustache. Au point de vue du jour, on sera étonné de voir tout ce que le relèvement du lambeau naso-génien met à découvert.

2° Notre opération se caractérise encore par la largeur de la brèche qui ménage cependant le nerf sous-orbitaire, alors que dans l'opération de Moure on ne résèque la paroi antérieure du sinus maxillaire que jusqu'au niveau d'une ligne verticale passant par le point ou l'apophyse orbitaire du malaire, vient se réunir à l'apophyse malaire du maxillaire supérieur.

3° Enfin la résection fenêtrée se caractérise par un perfectionnement inédit, la suppression de la paroi postéro-externe de l'autre, qui, par voie trans-sinusale, met à nu l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire, et par suite donne un accès direct vers les prolongements ptérigo-maxillo-zygomatiques.

Nous n'hésitons pas à affirmer que notre *résection fenêtrée* présente tous les avantages de la résection du maxillaire supérieur sans en présenter aucun des inconvénients ; en effet :

1° Elle procure une voie d'accès excessivement large, par laquelle on peut intervenir sans grande difficulté sur le sinus sphénoïdal, l'hypophyse, l'apophyse basilaire, le cavum tout entier et l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire ;

2° Elle est même, pourrait-on dire, une *opération de douceur* si on compare sa technique relativement simple à la brutalité de la résection du maxillaire supérieur ; avec ce procédé le shock opératoire est, en effet, presque nul ;

3° Elle laisse intacte la cavité buccale et l'appareil dentaire tout entier, intacte la statique du globe

oculaire, maintenu par tout le plancher de l'orbite, intacte aussi l'innervation sensitive de la région génienne.

4° Enfin au point de vue esthétique, elle réalise une opération idéale, la cicatrice étant complètement masquée par les plis naturels du visage ; de plus, les saillies de la face (os malaire, rebord orbitaire ; rebord alvéolaire) et les dents sont entièrement respectées.

Enfin, en supposant qu'un prolongement ptérygo-maxillaire ait échappé à cette technique avant d'en arriver à la résection du maxillaire supérieur, il resterait la ressource de la voie sous-jugale, suivie par Goris (1) et reprise par Escat (2).

« 2° **Voie sous-jugale.** — Elle est seulement indiquée comme opération complémentaire d'une éradication par voie naturelle qui n'a pas pu atteindre un prolongement ptérygo-maxillaire.

Goris (de Bruxelles) l'a suivie en essayant de se donner du jour par la résection de l'arcade zygomatique. M. Escat l'a appliquée avec succès contre un prolongement ptérygo-maxillaire qui avait échappé à l'éradication par les voies naturelles, et qui, isolé de son pédicule, avait donné lieu à des accidents de sphacèle et d'infection.

Ce procédé consiste simplement à mettre à découvert la masse du prolongement ptérygo-maxillaire fusé dans les parties molles de la joue, à l'aide d'une

---

1. *Presse oto-rhino-laryngologique belge* juin 1911.
2. *Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie.*

incision de 6 à 7 centimètres de long, sous-jacente et parallèle au bord inférieur de l'os malaire.

» La masse du néoplasme étant énuclée, une pince puissante à mors dentés est ensuite engagée, guidée par l'index, dans la fosse ptérygo-maxillaire, pour saisir le pédicule et l'extraire par torsion plutôt que par traction.

» L'extrême vascularisation de l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire, qui loge le tronc de la maxillaire interne, exclut en cette région toute autre action chirurgicale que celle du doigt ou de la pince.

Après lavage à l'eau oxygénée, la brèche doit être tamponnée à la gaze.

» En cas de communication large de l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire avec le cavum, il est indispensable, ainsi que l'a pratiqué M. Escat, de placer dans la plaie deux drains poussés à fond et enveloppés de gaze. »

Conclusions. — Ainsi donc, parmi ces méthodes parfaitement mises au point et qui ne laissent aucune part au hasard, l'opérateur n'a que l'embarras du choix. Un examen approfondi du malade, et un diagnostic précis, en dehors de toute idée préconçue dirigeront seuls ce choix au mieux des intérêts de tous.

OBSERVATIONS

Nous avons eu l'occasion, au cours du développement du sujet, de rapporter deux observations. Les 5 autres que nous présentons, contenant des arguments pour une série d'affirmations n'ont pu trouver place, sans être morcelées, au cours de la discussion. Nous avons mieux aimé les offrir en bloc, persuadé que le lecteur, averti par les développements précédents, saurait extraire la « substantifique moelle » de chacune d'elles et les enseignements qui en découlent.

OBSERVATION III

(Dr V. Texier, Société franc. d'Oto-Rhino-Laryngologie, 1908.)

Le 13 juillet 1905, notre excellent confrère le Dr Barrault, de Mortagne-sur- Sèvre, nous adresse un jeune homme de dix-huit ans, Pierre M..., pour un polype naso-pharyngien, ayant provoqué des hémorragies inquiétantes notamment à deux reprises.

Ce n'est qu'en février 1905, que le malade s'est aperçu

qu'il avait une gêne du côté du nez Il éprouvait une difficulté pour se moucher du côté droit ; l'air ne passait pas Par contre, il a toujours bien respiré par la fosse nasale gauche.

La première hémorragie sérieuse eut lieu le 3 mars.

Étant couché, il s'aperçut qu'il saignait; le saignement du nez ne dura pas très longtemps, et le reste de la nuit se passa sans incident; le lendemain matin, reprise légère, peu abondante, mais il put travailler comme à l'ordinaire.

Dans la nuit du 4 au 5 mars, il saigne très abondamment pendant une demi-heure, et l'hémorragie s'arrête spontanément. Le 5 mars au matin, reprise de l'hémorragie pendant le déjeuner du matin, à 6 heures, et toujours par la narine gauche. Nouvelles hémorragies à 9 heures du matin et à 10 heures du soir.

Le Dr Barrault, mandé, lui tamponna la fosse nasale gauche et l'hémorragie s'arrêta. Le tamponnement est laissé quarante-huit heures et, malgré cela, il y eut des hémorragies.

Les jours suivants, nouveaux saignements de nez. Il resta environ deux mois sans épistaxis et a repris son travail le deuxième mois.

Vers le commencement de mai, il a eu, à diverses reprises, des épistaxis d'une durée de dix minutes environ, qui s'arrêtaient lorsqu'il tamponnait la fosse nasale gauche avec du coton. Le malade a été très affaibli par ces hémorragies successives ; il a pâli et maigri d'une façon notable. Il n'a pas beaucoup d'appétit. Il ne travaille plus.

13-juillet 1907. — *État actuel.* — Le malade a un facies pâle ; il respire par la bouche ouverte et a la voix très nasonnée.

A l'examen des fosses nasales, on constate que la fosse nasale droite est obstruée complètement, aussi bien pour l'inspiration que pour l'expiration.

La fosse nasale gauche est libre.

Au spéculum, on constate que la fosse nasale droite est remplie de mucosités abondantes. Après les avoir enlevées et fait un badigeonnage à la solution cocaïne adrénaline, on constate que la choane est obstruée par une tumeur qui ne fait pas saillie dans la fosse nasale. Elle se laisse déprimer légèrement à la partie inférieure, mais la partie supérieure paraît solidement fixée au bord supérieur de la choane ; elle a un aspect grenu.

La fosse nasale gauche est libre et on voit nettement les mouvements du voile du palais.

A l'examen du pharynx, on ne constate pas de saillie du voile du palais, et la tumeur ne paraît pas au-dessous de lui

Si on relève le voile à l'aide d'un stylet, la tumeur apparaît du côté droit. Elle est lisse, rosée ; sa surface est sillonnée de nombreux vaisseaux, très apparents.

La rhinoscopie postérieure permet de constater sa forme en œuf de poule ; elle occupe presque tout le cavum, mais surtout du côté droit.

Au toucher, elle est lisse, dure. Le doigt la contourne de chaque côté en arrière, mais il ne passe pas en avant, au niveau de la partie supérieure de la choane droite ; elle n'est pas adhérente sur la partie médiane du cavum, au niveau de l'apophyse basilaire mais à droite de lui et en avant.

Son point d'insertion, élevé et antérieur, paraît exactement correspondre à la partie supérieure de la choane et à

la partie voisine et postérieure du cavum, sur une largeur d'environ un travers de doigt.

Nous confirmons le diagnostic de polype fibreux, et le malade consent à l'opération.

20 juillet. — *Opération.* — Étant donnée l'insertion peu large de ce fibrome, nous nous proposons de l'extraire par torsion et arrachement du pédicule, à l'aide de la pince à griffe d'Escat.

Pour pouvoir être prêt à faire un tamponnement de la choane en cas d'hémorragie, nous passons préalablement dans la fosse nasale, à l'aide d'une sonde urétrale, un fil à l'extrémité duquel on a fixé un fort tampon d'ouate hydrophile.

Le malade étant chloroformé et mis dans la position de Rose, le voile du palais attiré en avant à l'aide de la sonde urétrale, je saisis le polype à l'aide d'une pince à griffe, je tords et j'arrache.

Une hémorragie très abondante survient, mais, grâce au tamponnement préalablement préparé, elle s'arrête presque instantanément dès que l'orifice de la choane est tamponné. Pour maintenir le premier tampon, on en met un second à l'entrée de la fosse nasale et le malade est transporté dans son lit.

La température, le soir, est de 38°6, pour descendre le lendemain à 37°2. La plus forte température fut celle du quatrième jour où elle atteignit 39 degrés. A partir de ce jour, elle descendit à 37°3 et 37 degrés.

Quarante-huit heures après l'opération, j'enlève les tampons sans hémorragie.

L'examen du cavum fait immédiatement, je constate très

nettement que le point d'insertion du polype, que l'on constate à l'état de rougeur de l'os, qui semble rongé à ce niveau, siège à la partie supérieure de la choane et au-dessus, sur une largeur de 1 cm. 1/2 à 2 centimètres.

Nous vîmes plus tard le malade ; il n'y a pas eu de récidive.

Le Dr Henri Malherbe, qui a bien voulu se charger de l'examen histologique de la tumeur et que nous ne saurions trop remercier de sa bienveillance, nous communique la note suivante :

Description macroscopique.—«La tumeur que m'a envoyée le Dr Texier se présente à l'œil nu sous l'aspect suivant :

» La tumeur est de forme arrondie, elle a le volume d'une grosse noix et elle parait avoir été implantée par un pédicule assez large. La consistance, après un assez long séjour dans l'alcool, est plutôt molle. Sa coloration est jaunâtre. Sur une coupe, cette coloration devient rosée vers le centre, l'aspect du tissu semble homogène ; en un mot, la tumeur fait penser au fibro-sarcome. »

Description microscopique. — Un morceau de la tumeur prélevé pour l'examen histologique, a été fixé et durci par l'alcool, inclus au collodion et débité en coupes fines. Ces coupes ont été colorées par l'hématine, le picro-carmin, le carmin aluné, la double coloration, hématine et picro-carmin, hématine-éosine, etc.

» En examinant ces préparations d'abord à faible grossissement (obj. 3 ou 5, oc. 1. Nachet), on constate que la trame de la tumeur est formée de tissu fibreux plus ou moins fasciculé ; les faisceaux de moyen volume, bien colorables par les réactifs, plus ou moins nettement ondulés, laissent voir entre

eux les cellules fixes du tissu qui se présentent avec des aspects variables. Les vaisseaux sont très abondants, artères et veines, quelques-uns sont très volumineux et dilatés, beaucoup sont entourés d'un anneau fibreux, dense et épais très remarquable, qui paraît jouer le rôle de tunique externe. Les capillaires sont fort nombreux. Dans quelques points du néoplasme, le tissu devient moins nettement fibreux, il est grisâtre, fibrillaire et se colore moins bien. Cette apparence se rencontre surtout vers la périphérie de la tumeur et dans un point où nous l'avons vu recouverte de lambeaux de muqueuse portant de fort belles cellules embryonnaires dénotant une vive irritation.

» Si maintenant on examine à fort grossissement les cellules du tissu morbide, on voit que ce sont de petites cellules à deux ou trois prolongements, dont le protoplasma est opaque, de faible dimension, le noyau relativement gros. Sur une coupe traitée par la thionine phéniquée, nous avons pu voir que de nombreuses cellules néoplasiques sont en karyokinèse, et qu'il y a au voisinage des vaisseaux d'abondants mastzellen.

» Dans la paroi des vaisseaux on retrouve plusieurs rangs de cellules dont les caractères histologiques ne diffèrent pas sensiblement de ceux des cellules du tissu pathologique même ; elles sont plus nettement fusiformes et plus serrées. Les cellules endothéliales de quelques vaisseaux, veines et artères, sont remarquables et particulièrement bien conservées.

» Enfin en examinant à ce fort grossissement (obj. 7,oc,, 1) les lambeaux de muqueuse signalés antérieurement, on voit qu'ils portent de fort belles cellules muqueuses, parfois on

voit ces cellules s'enfoncer dans la tumeur pour former un prolongement en doigt de gant, ébauche de glande.

» Nous n'avons point rencontré de nerfs dans nos coupes, Également, malgré un examen minutieux, nulle part nous n'avons relevé de dégénérescence muqueuse du tissu de la tumeur ; nulle part nous n'avons vu de transformation sarcomateuse.

» *La tumeur est donc bien un fibrome.* »

OBSERVATION IV

(Dr V. Texier, Soc. Française d'Oto-Rhino-Laryngologie, 1908.)

Le jeune Henri P..., âgé de seize ans, se présente à notre service de l'Hôtel-Dieu le 4 avril 1907. Il se plaint de respirer difficilement par le nez et d'avoir parfois des épistaxis.

Il n'y a jamais eu de maladies graves.

Le début de la gêne respiratoire remonterait à huit mois environ.

Les symptômes les plus manifestes qu'il éprouve sont des maux de têtes persistants et une somnolence continuelle.

Son état général devient de plus en plus mauvais.

Il y a quatre mois, on lui aurait morcelé les deux amygdales ; il y aurait eu une hémorragie abondante. Cette ablation n'a donné aucun résultat.

Depuis cette époque, il dit qu'il a une suppuration des fosses nasales et parfois des saignements de nez, mais il n'a jamais eu pour ainsi dire d'épistaxis graves.

Les seuls troubles qu'il éprouve sont toujours de la *céphalgie* et de la *somnolence*.

L'état général est mauvais ; amaigrissement très prononcé, perte de l'appétit ; fatigue énorme.

Les jours qui ont précédé son entrée à l'Hôtel-Dieu, il ne put prendre qu'un peu de bouillon.

Le jeune homme que nous examinons est petit, malingre, pâle ; il est amaigri et respire très difficilement ; sa voix nasonnée. La respiration est nulle par la fosse nasale gauche : il respire un peu par la droite.

Au spéculum, la fosse nasale gauche est obstruée. Elle est comblée par une tumeur d'aspect blanchâtre, non adhérente aux tissus voisins. Au stylet, elle est dure et ne saigne pas au contact.

La fosse nasale droite est libre.

Toutes deux étaient remplies de mucosités muco-purulentes assez abondantes.

A l'examen de la bouche, on ne constate pas de déformation du voile du palais et de la voûte ; aucune tumeur n'apparaît au fond du pharynx buccal.

A la rhinoscopie postérieure, on constate une tumeur volumineuse occupant tout le cavum avec prédominance du côté gauche ; de ce côté, on ne voit pas la choane tandis qu'elle est visible du côté droit. La surface est recouverte de mucosités qui nous empêchent de voir sa couleur, elle est mamelonnée.

Au toucher, elle est dure, de la grosseur d'un petit œuf de pigeon dont la grosse extrémité serait à gauche. On contourne la tumeur avec le doigt du côté droit et du côté gauche ; en avant, la choane droite est libre, la gauche est remplie par la tumeur. Le point d'insertion n'est pas situé à la partie médiane du cavum, mais en arrière de la choane

sur une surface assez large qui empiète sur la face postérieure du cavum.

Cette manœuvre a provoqué une légère hémorragie.

Étant donnés les symptômes fonctionnels (*céphalée. somnolence*), la présence de la tumeur, sa dureté ligneuse, nous portons le diagnostic de fibrome naso-pharyngien avec prolongement dans la fosse nasale gauche.

10 avril. — *Opération* (dans l'après-midi). — Nous employons la méthode d'extraction par les voies naturelles, à l'aide des instruments d'Escat et sous le chloroforme : le malade étant placé dans la position de Rose, on lui met l'ouvre-bouche double de Mathieu.

A l'aide de la pince coupante mise en place à plusieurs reprises. nous enlevons une première fois une partie de la tumeur, puis une seconde fois la tumeur entière.

L'hémorragie ne fut pas abondante ; elle s'arrêta spontanément.

En pratiquant le toucher du cavum après l'extraction de la tumeur, l'index pénétra dans le sinus sphénoïdal gauche dont le fond présentait une sensation demi-molle. A ce niveau, les méninges sont à nu. Le cavum était vide. La grosseur de la tumeur était d'environ un œuf de poule et présentait un pédicule de la grosseur du pouce et long de quelques centimètres ; il représentait le diamètre de l'ouverture du sphénoïde, dont la profondeur est de 2 centimètres.

A n'en pas douter, le point d'insertion de ce polype naso-pharyngien était bien au niveau et dans le sinus sphénoïdal gauche et non sur l'apophyse basilaire. Le malade étant un peu fatigué, nous remettons à plus tard l'extraction du prolongement nasal gauche.

Le malade n'eut aucune hémorragie secondaire ; la température fut le troisième jour, de 38°6, puis resta deux ou trois jours aux environs de 37°8 le soir, pour devenir normale à partir du huitième jour.

Nous extrayons le prolongement nasal le 23 avril à l'aide de la pince nasale d'Escat, après avoir préalablement badigeonné la muqueuse à la cocaïne. A l'aide d'un léger mouvement de torsion de la pince, on retire le prolongement de la grosseur du pouce. Aucune hémorragie secondaire. A partir de ce moment, le malade respire des deux côtés. L'état général s'améliore. L'appétit revient.

Le cavum est examiné tous les deux jours à la rhinoscopie postérieure. Nous constatons très nettement la cavité sphénoïdale gauche dont l'ouverture est recouverte de croûtes, qu'on enlève. Au stylet le fond de la cavité sinusienne est plutôt fibreuse qu'osseuse. C'est, du reste, bien la sensation de mollesse éprouvée par le doigt le jour de l'opération.

Le malade quitta l'hôpital complètement guéri. Nous l'avons vu à diverses reprises, notamment les 23 mai, 17 et 24 octobre 1907. État général parfait. Le sinus n'est pas comblé et le stylet donne toujours la sensation de mollesse déjà constatée (1).

L'*examen histologique* fait par le Dr Chapiet, assistant du

---

1. Nous avons revu le malade le 20 juin 1908. Le sinus sphénoïdal est toujours largement ouvert. La tumeur récidive à la partie antéro-externe de l'ouverture du sphénoïde et présente la grosseur d'une petite noisette. Nous la prenons à l'aide de l'anse froide. Une hémorragie sérieuse survient après l'extraction. On met un fort tampon de gaze par la fosse nasale gauche qui l'arrête. On l'enlève quarante-huit heures après, sans hémorragie secondaire.

service, donne les résultats suivants : tumeur d'un gris jaunâtre, dure à la coupe, de consistance élastique.

Sur les coupes, on aperçoit un très grand nombre de vaisseaux à parois minces, dans une masse de tissu fibreux à faisceaux conjonctifs séparant des petites cellules bipolaires et quelques cellules embryonnaires. En différents points se trouvent des hémorragies interstitielles et par places la trame conjonctive devenant de plus en plus dense, s'enroule sur elle-même en tourbillons qui se détachent nettement sur le fond de la préparation.

On n'observe ni cellules sarcomateuses, ni tissu muqueux.

OBSERVATION V

(J.-L. Faure, Société de Chirurgie, 3 janvier 1905.)

Polype naso-pharyngien opéré par voie naso-maxillaire

J'ai l'honneur de vous présenter un jeune homme de seize ans auquel j'ai enlevé il y a trois semaines un polype naso-pharyngien par voie naso-maxillaire. C'est une voie excellente et cependant peu employée, puisque je suis le premier à la décrire. Il suffit, en effet, de désinsérer l'aile du nez en la séparant du rebord osseux de l'orifice antérieur des fosses nasales et d'agrandir de quelques millimètres cet orifice, en enlevant à la pince-gouge le rebord osseux jusqu'au sinus maxillaire. On enlève alors le cornet inférieur et la paroi interne du sinus et on obtient ainsi un jour considérable qui permet d'agir avec une curette, des pinces et des instruments appropriés, dans toute l'étendue du pharynx supérieur. Au besoin, si l'on veut avoir plus de jour, on agrandit un

peu l'incision cutanée en la prolongeant en dehors le long du rebord orbitaire.

Lorsque le polype n'est pas accessible par les voies naturelles, ce qui était le cas de celui-ci, dont toutes les parties saillantes dans le pharynx avaient déjà été enlevées avec des pinces coupantes passant derrière le voile du palais. Je crois que c'est la voie qui donne le maximum de lumière avec le minimum de dégâts.

Comme vous pouvez le voir, il reste une cicatrice légère et qui serait meilleure encore, comme j'en ai obtenu chez d'autres malades, si je n'avais été obligé de laisser la plaie ouverte pendant quelques jours pour laisser en place un tamponnement énergique. J'ai enlevé un polype irrégulier de la grosseur d'une mandarine environ qui avait déformé toute la partie supérieure du naso-pharynx en envahissant, autant que j'ai pu m'en rendre compte, le sinus sphénoïdal, en poussant au dehors la paroi externe du pharynx vers la partie postérieure de l'orbite et en rejetant l'œil en avant et en dehors, comme vous pouvez le voir encore aujourd'hui. L'hémorragie a été considérable, plus forte qu'aucune de celles que j'ai vues dans les opérations de ce genre. Mais je m'en suis facilement rendu maître par le tamponnement.

Son plus grand inconvénient a été de m'empêcher de refermer immédiatement la plaie cutanée, comme je l'avais fait jusqu'ici dans trois autres cas, et où j'avais laissé la gaze servant de tamponnement sortir par la narine. Mais ici le tamponnement a été si important que j'ai été obligé de laisser la narine ouverte pendant quelques jours, je l'ai réunie secondairement. Le résultat n'en est pas moins satisfaisant et la déformation presque nulle.

OBSERVATION VI

Pierre B..., âgé de dix-sept ans, domicilié à Contres (Loir-et-Cher); santé relativement bonne jusqu'en décembre 1911,

A cette date, nombreuses épistaxis qui l'anémient et le fatiguent. Un confrère, en mai 1912, croyant avoir affaire à des adénoïdes, fait sous anesthésie générale, un curettage, du cavum qui amène une grosse hémorragie, mais ne soulage aucunement le malade.

L'état s'aggravant et l'anémie augmentant, le jeune homme vient à notre clinique le 6 janvier 1913.

Examen. — Jeune homme d'assez bonne apparence, mais très pâle et très fatigué.

Insuffisance nasale absolue des deux côtés par suite de la présence d'un énorme fibrome naso-pharyngien, très vasculaire, envoyant des expansions, petite à droite, très grosse à gauche, et refoulant le voile en bas.

Opération. — Le 8 janvier 1913.

Anesthésie au chloroforme précédé, une demi-heure avant l'opération, d'une injection de morphine (1 centigr.), spartéine (5 centigr.), scopolamine (0,0003).

Premier temps. — Le malade étant dans la position de Rose, trois essais infructueux sont faits pour prendre, tordre et arracher avec la pince rétro-nasale d'Escat, l'expansion pharyngienne de la tumeur qui résiste. On tamponne pour arrêter l'hémorragie qui est assez abondante.

Deuxième temps. — Incision partant de l'épine du frontal et suivant le sillon naso-génien jusqu'à la lèvre supérieure qui est sectionnée au niveau de la sous-cloison. Section de

la muqueuse buccale. Rugination de la joue (avec section du sous-orbitaire), de l'apophyse montante du maxillaire et des os propres du nez (grosse hémorragie).

Résection des os propres du nez, de l'apophyse montante du maxillaire supérieur et d'une partie de la paroi antérieure et interne du sinus maxillaire. Incision de la muqueuse du nez et ablation du cornet inférieur.

Troisième temps. — Ablation au prix d'assez grosses difficultés, du fibrome par arrachement, morcellement, torsion ; poursuites de ses prolongements antérieurs, externes et supérieurs (sphénoïdaux). Le sinus sphénoïdal est largement ouvert. L'insertion du fibrome est bien intra-nasale. Pas de tamponnement. Sutures cutanées et muqueuses.

Suites. — Suites parfaites : un peu de fièvre pendant trois ou quatre jours. Le malade a quitté la clinique au bout de quinze jours en excellent état.

Revu le 19 mars dernier. État général et état local très bons. Il a engraissé de 6 kilos depuis sa sortie, et repris des couleurs. Respiration nasale très facile. Les croûtes intra-nasales vont en diminuant, bien que les lavages prescrits soient espacés. Un peu de suppuration du sac lacrymal. Hypoesthésie légère de la joue gauche.

OBSERVATION VII

René T..., dix-sept ans, valet de chambre à Briare, nous est adressé pour de l'insuffisance nasale, plus accusée à gauche, par le Dr Delthil (de Briare).

Au premier examen, on découvre une hypertrophie de la muqueuse des deux cornets inférieurs, mais en plus, à gauche

la partie postérieure de la choane est obstruée par une volumineuse tumeur qui est très vasculaire.

Deux tentatives sont faites pour opérer sous anesthésie locale et par la voie endonasale; elles échouent en raison de la difficulté d'abord et des hémorragies que provoquent les interventions (oct. 1912 et janv. 1913).

La situation allant en s'aggravant, le malade accepte l'intervention qui lui est proposée.

Opération. — 5 mars 1913.

Anesthésie. — Une heure avant l'intervention, injection de morphine (0,01), scopolamine (0,0004) et spartéine (0,05).

L'anesthésie est commencée par la bouche avec l'appareil de Ricard. Puis quand l'anesthésie est suffisante, après incision de la peau, on ponctionne la membrane crico-thyroïdienne avec le trocart de Bütlin-Poirier et la canule est mise en communication avec le Ricard par l'intermédiaire de l'appareillage de Lombard.

(Pendant toute l'opération le sommeil a été parfait).

Premier temps. — Tamponnement du pharynx avec gros tampon d'ouate entouré de gaze qui nous donne de meilleurs résultats que la gaze simple.

Incision de Moure sans toucher à la lèvre supérieure (hémorragie considérable gênante).

Après rugination, résection des os propres du nez et de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, incision de la muqueuse du nez.

Deuxième temps. — Ablation de la tumeur par la voie antérieure et postérieure : torsion et arrachement. Elle a envahi le sinus sphénoïdal gauche qui est largement ouvert, élargi dans de grosses proportions l'orifice postérieur des

choanes et poussé un petit prolongement dans la fosse ptérygo-maxillaire.

L'hémorragie restant très forte, tamponnement très serré, et pas de suture de la plaie.

Suites. — Suites parfaites, très peu de fièvre pendant trois jours. Au bout de trente-six heures, ablation du tampon et suture secondaire de l'incision qui reprend sans suppuration aucune.

Revu le 8 et le 28 avril 1913 en excellent état. Le malade respire très librement : aucune menace de récidive. État général parfait.

CONCLUSIONS

I. — Le polype fibreux, que l'on observe chez l'homme entre dix et vingt-quatre ans, comporte, d'ailleurs au sens purement pronostique du mot, un caractère de malignité qui justifie la détermination des cliniciens, quand ils en ont fait une classe à part.

II. — Ce caractère de malignité, il le doit en grande partie à son exubérance, et à ses prolongements périnasaux précoces. Il est donc de première nécessité pour l'opérateur d'avoir toujours présent à l'esprit ces notions. Bien des mécomptes lui seront ainsi évités.

III. — Il semble désormais acquis, que le polype fibreux a une origine endo-nasale. Si tant est que son insertion puisse parfois être basilaire, ce fait comporte un caractère d'exception tel que son importance pratique est nulle.

IV. — Nous pensons qu'il serait dangereux, dans le choix du traitement, de préconiser systématiquement et *a priori* une méthode, à l'exclusion des autres. Tout au contraire un éclectisme judicieux, suivant les circonstances, adoptera l'intervention susceptible de donner les meilleurs résultats.

V. — On obtiendra de grandes facilités opératoires en pratiquant une anesthésie coutinue et à distance, réalisée au moyen du trocart de Bütlin-Poirier, ou l'apparcil de Kühn, adaptés au dispositif de Lombard.

VI. — Il nous paraît avantageux de réserver la pratique de la ligature préalable de la carotide externe, à quelques cas difficiles, et de ne pas infliger un shock opératoire supplémentaire à des malades déjà affaiblis.

VII. — Enfin dans un grand nombre de cas, surtout en l'occurrence de volumineux prolongements ptérygo-maxillaires, la technique d'Escat dite *Résection fenêtrée du maxillaire supérieur* nous semble nettement convenir et constituer l'intervention de choix.

Vu : le Président de la thèse,
RECLUS

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Blanchet (P). — La Chloroformisation dans les interventions sur les voies aériennes supérieures (Presse médicale, 7 oct. 1911).

— Le Chloroforme en Rhino-Laryngologie (Annales des maladies de l'oreille, du pharynx et du nez, 1912).

Botey Ricardo. — Application chirurgicale de l'intercricothyroïdienne (Soc.franç.d'Oto-Rhino-Laryngologie, 1907).

Bugeau. — De l'anesthésie générale en Oto-Rhino-Laryngologie. Thèse de Paris, 1911.

Buyo. — Annales des maladies de l'oreille, du pharynx et du nez, 1911, nº 10, 1015.

Calignon. — De l'extirpation des polypes naso-pharyngiens sans opération préalable. Thèse de Paris, 1879.

Cartier. — Étude sur les résections du maxillaire supérieur et en particulier d'un procédé nouveau avec conservation du nerf sous-orbitaire. Thèse de Lyon, 1879.

Charles. — Tumeurs du naso-pharynx extirpées par voie bucco-pharyngée (Bull. de Laryngologie, mars 1904).

Christophle. — De la voie naso-maxillaire dans l'ablation des tumeurs du naso-pharynx Thèse de Paris, 1903.

Dechambre. — Dictionnaire.

Denis et *Vacher*. — Communication au Congrès de la Société française d'Oto-Rhino Laryngologie, mai 1913.

Duplay et *Reclus*. — Traité de Chirurgie.

Duverger. — De la voie trans-maxillo-nasale, dans les interventions sur l'arrière-cavité des fosses nasales, le corps du sphénoïde et le naso-pharynx. Thèse de Bordeaux, 1905.

Ducuing (J et L.). — Technique de l'éradication des fibromes naso-pharyngiens (Presse médicale, 29 oct. 1912).

Escat. — Revue hebdomadaire de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie, 1913.

— Traité Médico-chirurgical. Maladie du pharynx (Paris, 1901).

Faure (J.-L.). — Technique de l'extirpation des tumeurs malignes du maxillaire supérieur (Presse médicale, 18 nov. 1904).

— Polype naso-pharyngien opéré par la voie naso-maxillaire (Soc de Chirurgie de Paris, 3 janvier 1905).

Ferrier. — Opération de Nélaton pour les polypes fibreux de la base du crâne. Thèse de Paris, 1855.

Gauthier. — Des insertions vraies des polypes fibreux naso-pharyngiens et leur traitement. Thèse de Bordeaux, 1904.

Gorris. — Société belge d'Oto-Rhino-Laryngologie (Presse Oto-Rhino-Laryngologique belge, juin 1911).

Gougenheim. — Société de Chirurgie de Paris, 1894, p. 263.

Jacques. — Anatomie pathologique et traitement des polypes fibreux (Soc. franç. d'Oto-Rhino-Laryngologie, mai 1908).

— Sur les polypes fibreux naso-pharyngiens (Société française d'Oto-Rhino-Laryngologie, mai 1910).

— Sur les polypes fibreux naso-pharyngiens (Revue hebdomadaire de Laryngologie-d'Otologie et de Rhinologie, 13 août 1910).

Jarry. — Anesthésie dans les opérations de la face. Thèse de Paris, 1880.

Kühn. — Technik der peroralen tubage (Deutsch. medical Woch., 1902, n° 3).

— Einfurhüng in die perorale Intubation (Medical Klinik, juillet, 1908, n° 29).

Latour. — Siège, diagnostic et traitement des polypes fibreux naso-pharygiens. Thèse de Bordeaux, 1905.

Le Dentu et *Delbet.* — Traité de Chirurgie. Tumeurs du naso-pharynx, par Castex.

Lermoyez. — Thérapeutique des maladies des fosses nasales, des sinus de la face et du pharynx-nasal, t, II.

Moure. — Sur les insertions des polypes fibreux naso-pharyngiens (Soc. franç. d'Oto-Rhino-Laryngologie, 4 mai 1899).

— Traitement des tumeurs malignes primitives de l'ethmoïde (Soc. franç. d'Oto-Rhino-Laryngologie, 1902).

— Sur la voie trans-maxillo-nasale (Soc. française de Laryngologie, mai 1905).

— Congrès français de Chirurgie, (1906, p. 768).

Poirier. — Société de Chirurgie, 1905, p. 747 du Bulletin.

Sébilleau. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1905, p. 1131.

Testut. — Traité d'anatomie humaine.

Tilley-Herbert. — Case of vascular naso-pharyngeal fibromo of extensive origin, finally removed, by combined operation, thorough the soft, and hard palate, and extensive removal of anterion wall of left superior maxillary bone (Société de Laryngologie de Londres, 2 mai 1902).

Imp. de la Faculté de Méd., JOUVE et Cie, 15, Rue Racine. Paris — 2785-14